

BVGer C-1020/2014 vom 9. Juni 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-06-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1020_2014

FR: TAF C-1020/2014 du 9 juin 2016

IT: TAF C-1020/2014 del 9 giugno 2016

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 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'OAIE.

E. 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. dbis 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. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 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.

E. 1.4

Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et l'avance de frais ayant été payée, le recours est recevable.

E. 2.1

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 la législation applicable reste en principe celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références; voir ég. ATF

139 V 297 consid. 2.1, ATF 130 V 445 consid. 1.2.1). Les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) sont applicables. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. En l'espèce, le Tribunal peut se limiter à examiner si le recourant remplissait les conditions d'octroi d'une rente depuis le 1er novembre 2013 (art. 29 al. 1 LAI, cf. la demande enregistrée par l'organisme de liaison le 2 mai 2013 [pce 1]) jusqu'au 28 janvier 2014, 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).

E. 2.2

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoriale (art. 43 LPGA). L'autorité définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). L'autorité de recours applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATF 139 V 349, ATF 136 V 376 consid. 4.1, ATF 132 V 105 consid. 5.2.8; Pierre Moor / Etienne Poltier, *Droit administratif*, vol. II, 3e éd. 2011, p. 300 s.; Jérôme Candrian, *Introduction à la procédure administrative fédérale*, 2013, n° 176; Frésard-Fellay/Kahil-Wolff/Perrenoud, *Droit suisse de la sécurité sociale II*, 2015 p. 499). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Moser/Beusch/Kneu-bühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Elle ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA, 43 LPGA).

E. 2.3

Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations le tribunal ne peut prendre en considération en principe que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée à moins que des rapports médicaux établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4, ATF 116 V 245 consid. 1a).

E. 3.1

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant est ressortissant espagnol domicilié en Espagne. La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de 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) et des règlements auxquels il renvoie. L'ALCP et ses règlements sont entrés en vigueur pour la relation entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne le 1er juin 2002. Dans le cadre de l'ALCP la Suisse est aussi un "Etat membre" au sens des règlements de coordination (art. 1er al. 2 de l'annexe II de l'ALCP).

E. 3.2

Depuis le 1er avril 2012 les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, modifié par le règlement (CE) n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (RS 0.831.109.268.1; ci-après : règlement n° 883/2004). Dans son champ d'application, le règlement n° 883/2004 se substitue à toute convention de sécurité sociale applicable entre les États membres. Toutefois, certaines dispositions de conventions de sécurité sociale que les États membres ont conclues avant la date d'application du présent règlement restent applicables, pour autant notamment qu'elles soient plus favorables pour les bénéficiaires (art. 8 du règlement n° 883/2004) et que ceux-ci aient exercé leur droit à la libre circulation avant l'entrée en vigueur de l'ALCP (ATF 133 V 329 consid. 8.6).

E. 3.3

Selon l'art. 4 du règlement n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique - tels les ressortissants d'un Etat membre, les apatrides et les réfugiés ayant leur domicile dans un Etat membre auxquels les dispositions d'un ou plusieurs Etats membres sont ou étaient applicables et leurs survivants (cf. l'art. 2 du règlement) - bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

E. 3.4

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.

E. 3.5

De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du TF I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Cela étant, la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement 987/2009).

E. 4

L'objet de la contestation est le refus du droit à une rente d'invalidité au motif d'un taux d'invalidité de 36% résultant de la prise en compte d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, taux inférieur au taux seuil de 40% ouvrant le droit à un quart de rente.

E. 5

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 au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 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. 6 et 45 du règlement 883/2004). Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

E. 6.1

Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 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 nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

E. 6.2

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: - 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 (let. a); - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). Une incapacité de travail 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; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IV], 3e éd. 2014, art. 28 n° 32).

E. 6.3

Selon l'art. 28 al. 2 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. Toutefois, selon l'art. 29 al. 4 LAI, 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 (art. 13 LPGA) en Suisse. Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'ALCP (cf. supra 3.1), la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3; art. 4 et 7 du règlement 883/04).

E. 6.4

Selon l'art. 29 al. 1 LAI le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. L'al. 3 précise que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

E. 6.5

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).

E. 7.1

Le recourant a travaillé en Espagne en dernier lieu jusqu'au 27 mars 2012 comme peintre en bâtiment. Il n'a pas repris d'activité lucrative.

E. 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, pour les assurés ayant exercé précédemment une activité lucrative à plein temps, 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; cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2060 ss).

E. 7.3

Dans le cadre de la méthode générale et également dans le cadre d'autres méthodes, notamment pour les personnes sans activité lucrative ou ayant exercé une activité lucrative à temps partiel, la loi ne connaît pas d'autres systèmes d'évaluation, telle notamment l'appréciation médico-théorique sur la base de tables d'invalidité ou l'appréciation abstraite sur les seules bases médicales sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (Valterio, op. cit., n° 2042). La méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré. Le critère de l'incapacité de gain (art. 16 LPGA) peut succéder à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels (art. 5 al. 1 LAI) ou inversement sans que l'état de santé ait subi des modifications (Valterio, op. cit. n° 2051 et les références). Selon une jurisprudence constante, les données fournies par les médecins constituent 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 125 V 258 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1).

E. 8.1

Selon l'art. 43 al. 1, 1ère phrase LPGA l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. supra consid. 2.2). L'art. 69 RAI précise pour l'AI 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. Il appartient à l'autorité compétente d'établir elle-même les faits pertinents dans la mesure où l'exige la correcte application de la loi (cf. ATF 116 V 23). Selon l'art. 59 al. 2 et 2bis LAI, les services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Les médecins d'un service médical régional doivent, comme tout expert, disposer des compétences professionnelles nécessaires (Valterio, op. cit., n° 2596). Leurs qualifications spécialisées sont essentielles pour l'appréciation juridique de leurs prises de position et expertises. Tant l'administration que les tribunaux doivent pouvoir se référer aux connaissances spécialisées des médecins et experts quant au bien-fondé des conclusions d'un rapport ou d'une expertise (cf. arrêts du TF I 142/07 du 20 novembre 2007 consid. 3.2.3 et 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.1). Fondé sur les données de son service médical, l'office AI doit déterminer le droit aux prestations. Ceci présuppose que lesdites données satisfassent aux critères jurisprudentiels de valeurs probantes requises des rapports médicaux (cf. arrêt du TF 9C_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3).

E. 8.2

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références). Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3). En règle générale, l'administration ne pourra pas se départir d'un rapport médical lorsqu'il est établi par des spécialistes reconnus sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes et en pleine connaissance du dossier et lorsqu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (voir spéc. Valterio, op. cit., n° 2891 ss). La valeur probante d'une expertise est liée à la condition que l'expert dispose de la formation nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. Valterio, op. cit. n° 2912; arrêts du TF 9C_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3, 9C_53/2009 du 29 mai 2009 consid. 4.2 et les références).

E. 8.3

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'écarter 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; ATF 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 du fait qu'une expertise de partie n'a pas la même valeur que les expertises mises en oeuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables (arrêt du TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un rapport 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, le juge est tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées). 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 TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

E. 8.4

Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; Valterio, op. cit. n° 2920 ss). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical non contesté établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1, 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références). Selon la jurisprudence il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes des SMR mais en telles circonstances l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises

médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d; arrêt du TF 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1; Valterio, op. cit. n° 2920).

E. 8.5

Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les rapports sur dossier du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ne peuvent généralement pas constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3; 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.2 et 4.3 et 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2; Valterio, op. cit. n° 2920).

E. 9.1

En l'espèce l'intéressé a travaillé jusqu'au 27 mars 2012. Du 28 mars au 18 avril 2012 il a été hospitalisé pour un cas de thrombose de l'aorte chronique aggravé avec indication des diagnostics de syndrome de Leriche, dyslipémie, cardiopathie ischémique. On lui posa le 2 mai 2012 un bypass de l'aorte infrarénale aux deux artères fémorales communes. Un rapport de cursus clinique du 27 mars 2012 au 13 janvier 2013 préconisa un examen de contrôle à 6 mois. Un rapport médical E 213 daté du 31 mai 2013, soit dans le délai de 6 mois précité, nota un bon état général, un status mental conscient, orienté et collaborant, un appareil locomoteur sans déficit, une mobilité et marche normales. Il releva parallèlement à la pose du bypass les diagnostics sur dossier médical de cardiopathie ischémique, maladie des coronaires significative, syndrome de Leriche. Il indiqua une évolution favorable suite au bypass, nota comme incidence sur la santé une diminution fonctionnelle légère pour le travail habituel, des limitations en cas de grandes exigences physiques et tâches nécessitant un recours intense aux membres inférieurs, la possibilité d'exercer un travail de force, la possibilité d'exercer l'activité habituelle de peintre à temps complet ainsi que toute autre activité adaptée, l'intéressé ne présentant actuellement pas de diminution significative pour son travail.

E. 9.2

La Dre C._____, médecine interne et néphrologie, posa dans un rapport du 30 septembre 2013 les diagnostics principaux d'artériosclérose, syndrome de Leriche, status post revascularisation suite à la pose d'un bypass de l'aorte infrarénale aux deux artères fémorales, status après infarctus superficiel dans la région du pied droit, maladie coronarienne, status après syndrome aigu des coronaires, status après pose d'un stent. Sa reprise des diagnostics s'est faite sur dossier en sa qualité de médecin interniste au sein du SMR. Bien que la cardiologie soit une spécialisation, elle relève pour ce qui est des atteintes générales des champs d'investigation et de traitement des internistes. La Dre C._____ retint de son appréciation une incapacité de travail de 70% dans l'activité antérieure à compter du 29 mars 2012 et une capacité de travail complète dans une activité adaptée à compter du 30 juin 2012, soit environ 2 mois après la pose du bypass. Cette appréciation rétroactive établie sur dossier concorde avec le rapport E 213 de la Sécurité sociale espagnole du 31 mai 2013 quant à la possibilité d'une activité adaptée à 100% mais ledit rapport E 213 n'indique pas de dies a quo. L'appréciation de l'incapacité de travail de la Dre C._____ dans l'activité habituelle de peintre en bâtiment de 70% diverge de celle du rapport E 213 qui retint une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à la date de ce rapport. En soi l'appréciation de la capacité de travail de la Dre C._____ est médico-théorique non établie sur un constat médical au 29 mars 2012 respectivement au 30 juin 2012 et ne fait pas cas non plus des suivis des 24 juillet et 21 août 2012 pour ulcère

surinfecté certes finalisés en date du 15 janvier 2013 d'un constat d'un bon status recouvré (lésion complètement cicatrisée, cf. pce 6) avec examen à 6 mois. Elle nota les limitations fonctionnelles suivantes: position assise et alternée, port de charges limitées à 10kg (occasionnellement), pas de travaux lourds, pas d'exposition au froid. Elle indiqua un status cardiaque actuel sans atteinte, que les résultats post-opératoires étaient très bons, qu'il y avait seulement une légère atrophie et des troubles sensoriels au niveau de la démarche du pied droit, qu'en raison de la pose d'une prothèse endovasculaire l'incapacité de travail dans l'activité de peintre en bâtiment de l'intéressé était de 70% mais qu'existait la possibilité médicalement raisonnable d'une pleine capacité de travail dans une activité légère adaptée principalement assise ou permettant de changer de position. La Dre C._____ fonda son appréciation divergente de la capacité de travail par rapport à l'activité de peintre en bâtiment du fait de la pose d'une prothèse endovasculaire. Dans la mesure où l'activité de peintre en bâtiment peut être qualifiée d'exigeante physiquement selon les travaux effectués, l'appréciation de la Dre C._____ de ne retenir qu'une capacité de travail entière dans une activité légère adaptée peut être retenue, ce d'autant plus qu'elle est théoriquement favorable à l'assuré. Toutefois il paraît judicieux de reporter cette capacité de travail à la date du 15 janvier 2013 qui correspond à la date de consultation de chirurgie vasculaire ayant relevé un bon status avec examen de contrôle à 6 mois.

E. 9.3

A l'encontre du projet de décision de l'OAIE qui avait par comparaison de revenu avant et après invalidité retenu un taux d'invalidité de 36%, l'intéressé fit valoir la survenance au 3 septembre 2013 d'une probable neuropathie ischémique consécutive au problème vasculaire et selon un rapport de gammagraphie du 26 septembre 2013 un constat compatible avec une dystrophie sympathique réflexe de stade II. Son médecin de famille, la Dre F._____, nota par ailleurs, outre les diagnostics connus, un ulcère au talon, la persistance d'altérations neuropathiques et une atrophie au niveau du membre inférieur droit avec des sensations d'engourdissement, de rigidité aux orteils et des douleurs à la marche. Dans son rapport du 12 janvier 2014, la Dre C._____ releva les nouveaux diagnostics de syndrome douloureux régional complexe (SDRC [également appelé dystrophie sympathique réflexe]) grade II au pied droit, radiculopathie L5 degré léger (EMG 10/2013) sans atteinte radiculaire clinique senso-motrices, sténose de l'artère poplitée droite, possible occlusion dans la région du tronc tibioperoneal. Ces diagnostics selon ce médecin ne modifiaient pas son appréciation précédente du 30 septembre 2013 de la capacité de travail de l'intéressé. Elle releva que le SDRC était indiqué qu'en relation avec le pied droit avec les plaintes de douleurs et de sensation d'engourdissement, qu'il était objectivement relevé une certaine atrophie mais sans lésion trophique, ni atteintes moteurs ou neurologiques. Elle indiqua que la vasoconstriction au niveau de l'artère poplitée droite et la possible occlusion dans la région du tronc mises à jour par les investigations techniques n'étaient pas cliniquement déterminantes et étaient en conséquence sans incidences actuelles sur la capacité de travail, un status symptomatique futur étant réservé. Elle releva que la radiculopathie chronique sans symptomatique radiculaire clinique, telle des parésies et des troubles de la sensibilité dermique, et la vasoconstriction précitée dans le cadre d'une artériosclérose sans claudication n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail. Elle souligna que la thérapie du SDRC avait été initiée en octobre 2013, qu'il y avait lieu d'en attendre les résultats et qu'une appréciation médicale ne pouvait s'ensuivre que dans les 18-24 mois. Dans ce rapport la Dre C._____ prit en compte les nouveaux diagnostics et leur donna une qualification non invalidante au sens de la LAI en relation avec son appréciation selon

laquelle l'intéressé était en mesure d'exercer une activité adaptée légère. Il n'apparaît pas de la nouvelle documentation produite qu'une telle activité légère et adaptée ne pourrait être exercée au moins à compter du 15 janvier 2013, date retenue par le Tribunal de céans en lieu et place du 30 juin 2012 indiquée par ce médecin (cf. consid. 9.2).

E. 9.4

Dans le cadre de la procédure de recours, l'intéressé produisit avec sa réplique un nouveau rapport neurologique du 21 février 2014 de la Dre G. _____ ainsi qu'un rapport d'ergométrie/cardiologie daté du 11 février 2014. Le rapport de la Dre G. _____ fit notamment état nouvellement d'une déformation du pied droit, d'une force conservée exceptée la mobilité du 2e au 5e doigt distal, d'une hypoesthésie du pied droit, d'une radiculopathie moteur chronique L5 droite légère sans signe de neuropathie. Le rapport souligna qu'il n'y avait pas de signe évident de neuropathie. De l'avis de la Dre C. _____ cette nouvelle documentation médicale n'était de même pas en mesure de modifier sa détermination précédente eu égard à une activité légère adaptée exercée principalement en position assise. S'agissant du rapport d'ergométrie elle releva qu'il résultait de ses données un bon status cardiaque.

E. 9.5

Il appert de ce qui précède qu'il doit être retenu la possibilité pour l'intéressé d'exercer une activité légère adaptée à plein temps principalement en position assise, sinon à compter du 30 juin 2012 selon une appréciation médico-théorique, en tout cas à compter du 15 janvier 2013 selon une appréciation objective étant retenu qu'un début de la capacité de travail reporté au 1er mai 2013 ne changerait rien au cas d'espèce (cf. le consid. 2.1 par. 2).

E. 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. Les deux revenus doivent être déterminés de façon objective. Des aspects étrangers à l'invalidité doivent être soit ignorés, soit pris en considération dans une mesure identique pour les deux revenus de référence (Valterio, op. cit., n° 2061; ATF 129 V 222 consid. 4.4). En particulier les conditions d'une situation de marché de travail difficiles ne peuvent affecter l'évaluation de la capacité de travail pour l'examen du droit à une rente de l'assurance-invalidité.

E. 10.2

La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de gain sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter

économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt du TF 9C 804/2014 du 16 juin 2015 consid. 7.2 et les références; arrêt du TF 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2).

E. 10.3

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 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS).

E. 10.4

Le gain d'invalidé est une donnée théorique, il est évalué sur la base de statistiques de l'ESS relativement aux activités lucratives médicalement exigibles. Les données de l'ESS relatives aux années déterminantes 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 TF I 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6 et arrêt du TF I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6). L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalidé 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).

E. 10.5

La comparaison des revenus doit se faire sur le même marché du travail car les salaires et le coût de la vie ne sont pas les mêmes entre deux pays et ne permettent pas une comparaison objective (ATF 110 V 273 consid. 4b). Le revenu d'invalidé doit être comparé au moment déterminant, soit le moment théorique de la naissance du droit à la rente, avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vraisemblance prépondérante si elle était en bonne santé; les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente doivent être prises en compte jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1, 4.3.1).

E. 11.1

En l'espèce il y a lieu de procéder à une évaluation de l'invalidité selon la méthode générale par une comparaison de revenus sur la base de l'ESS 2010 indexée 2013 vu que le droit à la rente aurait pu cas échéant s'ouvrir au 1er novembre 2013 vu le dépôt de la demande du 2 mai 2013 (cf. pce 1). En effet, selon la jurisprudence, les salaires avant et après invalidité doivent être pris en compte indexés jusqu'à la date de la survenance du droit théorique éventuel à la rente suite au délai d'attente d'une année (ATF 128 V 174 et 129 V 222; supra consid. 7.4 / 8.2).

E. 11.2

Le salaire annuel de l'assuré dans sa dernière activité de peintre en bâtiment, au bénéfice de plusieurs années d'expérience, aurait été en Suisse en 2010 selon l'ESS 2010 (TA1, branche 43 [travaux de construction spécialisés], niveau de qualification 3) de 5'559.- francs pour 40 h. par semaine et de 5'753.57 pour 41.4 h./sem. Ce montant valeur 2010 (2151 base 1939) indexé valeur 2013 (2204 base 1939) également pour 41.4 h./sem. se serait monté à 5'895.34 francs.

E. 11.3

Le salaire après invalidité doit être fixé sur la base des données statistiques résultant de l'ESS 2010 (table TA1) indexées 2013. En l'occurrence les activités de substitution possibles ne peuvent pas s'inscrire dans la détermination du revenu moyen toutes branches confondues des hommes dans le secteur privé pour des activités simples et répétitives (niveau 4) à 100% (soit Fr. 4'901.- par mois pour 40 h./sem. ou Fr. 5'097.04 pour 41.6 h./sem. selon le temps de travail moyen en 2010 [2151 base 1939] indexé 2013 [2204 base 1939] à 5'222.63 francs pour 41.6 h./sem. et 5'235.18 francs pour 41.7 h./sem. selon le temps de travail moyen en 2013 car l'assuré ne peut accomplir que des tâches légères en position principalement assise et alternée avec port de charges supérieure à 10 kg de manière occasionnelle, sans exposition au froid. Il y a lieu plus spécifiquement de retenir, à l'instar de l'OAIE en 2013 (pce 31) pour 40h./sem. les revenus pour des activités simples et répétitives (niveau 4) selon l'ESS 2010 des branches "Commerce de gros (Fr. 4'869.- et Fr. 5'112.45 pour 42h./sem.), "Commerces de détails, réparation d'articles domestiques" (Fr. 4'508.- et Fr. 4'699.59 pour 41.7h./sem.), "Activités de services administratifs et de soutien" (Fr. 4'501.- et Fr. 4'726.05 pour 41.8h./sem.), "Réparation de biens personnels et domestiques" (Fr. 3'672.- et Fr. 3'837.24 pour 41.8h./sem.), soit en moyenne 4'593.83.- francs en 2010 (2151 base 1939). Indexé 2013 (2204 base 1939) ce montant s'élève à 4'707.02.- francs. Par ailleurs il y a lieu de prendre encore en compte un abattement sur le revenu d'invalidité. L'OAIE a appliqué pour raison d'âge, de limitations fonctionnelles et de limitations aux activités légères un abattement de 20% dans son calcul de l'invalidité en 2013 (pce 31). Celui-ci peut être retenu. Il s'ensuit un revenu avec invalidité en 2013 de 3'765.61 francs. Un certain nombre d'activités légères (commerce de gros et de détails, petites réparation, activité de services administratif et de soutien aux entreprises, réparation de biens personnels et domestiques peuvent être exercées en position assise et debout alternées, avec port de charge supérieure à 10 kg de manière occasionnelle, sans exposition au froid, de sorte que ces activités sont adaptées à la situation du recourant. De plus, la majeure partie de ces postes ne nécessite pas de formation particulière autre qu'une mise au courant initiale. S'il est vrai que les limitations de l'intéressé ne lui permettent pas d'exercer toutes activités dites légères nécessitant notamment de se déplacer, il sied également de relever que d'autres personnes avec des formations spécifiques sont aussi confrontées à un marché du travail restreint mais existant.

E. 11.4

En comparant le salaire avant invalidité indexé 2013 de 5'895.34.- francs par mois avec celui après invalidité de 3'765.61 francs, on obtient une perte de gain de 36.13% ([5'895.34 - 3'765.61] : 5'895.34 x 100) arrondie à 36%. Ce taux qui n'atteint pas 40% (cf. supra le consid. 6.3) n'ouvre pas le droit à un quart de rente.

E. 12

L'âge avancé fait partie des critères qui, bien que ne constituant pas une atteinte à la santé, doivent être pris en considération au moment d'évaluer l'exigibilité d'une activité adaptée sur un marché équilibré du travail. Le Tribunal fédéral a confirmé dans son arrêt du 4 septembre 2013 (9C_88/2013) sa jurisprudence selon laquelle on peut considérer qu'à partir de 60/61 ans les possibilités réalistes de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré sont maigres sans cependant être inexistantes, une appréciation dans chaque cas d'espèce s'imposant (arrêts du TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009; 9C_437/2008 du 19 mars 2009; I 819/04 du 27 mai 2005; voir ég. 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 et U 218/96 12 juin 1997 s'agissant d'assurés de près de 60 ans). Il sied de relever que l'intéressé, âgé de 59 ans au 1er novembre 2013, date de l'ouverture possible théorique du droit à la rente, présentait un status stabilisé, certes avec des limitations fonctionnelles, mais non une incapacité de travail pour toutes activités. La jurisprudence relative aux personnes âgées ne peut non plus lui être appliquée.

E. 13

Vu ce qui précède le recours est rejeté et la décision attaquée confirmée, l'assuré n'ayant pas présenté depuis novembre 2013 une incapacité de travail dans une activité adaptée entraînant une incapacité de gain égale ou supérieure à 40% du revenu de son activité antérieure.

E. 14.1

Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, 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 acquitté au cours de l'instruction.

E. 14.2

Il n'est pas alloué de dépens (art. 7 al. 1 a contrario et 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). (Le dispositif figure sur la page suivante)

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.