

BVGer C-2708/2012 vom 21. Oktober 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-10-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2708_2012

FR: TAF C-2708/2012 du 21 octobre 2013

IT: TAF C-2708/2012 del 21 ottobre 2013

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), entrée en vigueur le 1er janvier 2007, 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

Conformément à 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. Conformément à 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 (TAF pce 1) et l'avance de frais ayant été versée dans le délai requis, il est entré en matière sur le fond du recours (TAF pces 6 et 11).

E. 2

Le TAF applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5, p. 300 s.). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, 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 130 V 503, 125 V 413).

E. 3.1

En l'espèce, A. _____ est citoyen d'un Etat membre de la communauté européenne. Par conséquent, 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), dont son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, est applicable.

E. 3.2

Selon l'art. 1er al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version valable jusqu'au 31 mars 2012 les parties à l'accord appliquent entre elles en particulier 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 (RO 2004 121) et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du précité règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909) tels que modifiés par l'annexe, ou des règles équivalentes à ceux-ci. Selon l'art. 1er al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version entrée en force le 1er avril 2012 (cf. la décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), modifié par le règlement du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 n° 988/2009 (JO L. 284 du 30 octobre 2009), et le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 no 987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 (avec annexes) (RS 0.831.109.268.11). En l'espèce, les règlements (CE) n°883/2004 et n°987/2009 sont applicables, les règlements précités (CEE) n° 1408/71 et (CEE) 574/72 sont selon l'art. 1er al. 1 en relation avec la section A ch. 3 et 4 dans la version en vigueur au 1er avril 2012 de l'annexe II à l'ALCP uniquement applicables entre les parties contractantes dans la mesure où le règlement (CE) n° 883/2004 ou (CE) 987/2009 y fait référence ou lorsque des affaires qui ont eu lieu par le passé sont concernées (cf. l'art. 87 par. 1 du règlement [CE] n°883/2004 et l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_287/2012 du 15 novembre 2012 consid. 2.2).

E. 3.3

Selon l'art. 4 du règlement (CE) 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 de vieillesse suisse ressortissent au droit interne suisse.

E. 4

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (*pro rata temporis*; ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références). 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 et les dispositions citées ci-après sont, sauf précision contraire, celles en vigueur à compter du 1er janvier 2012. Toutefois les dispositions de la 5ème révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 sont également applicables s'agissant du droit à la rente jusqu'au 31 décembre 2011, ce qui motive qu'il y soit fait référence. Il sied toutefois de noter que les principes légaux et jurisprudentiels prévalant lors de l'évaluation de l'invalidité n'ont pas subi de modification déterminante dans le cas d'espèce avec l'introduction du nouveau droit.

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) et compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI, étant précisé que 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 [cf. art. 45 et 51 par. 1 du règlement (CEE) n°883/2004]). Or, en l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total (cf. supra let. A) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors 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 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. 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 de 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.

E. 6.2

Aux termes de 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%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1er 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). Depuis l'entrée en vigueur des nouveaux règlements n°883/2004 et n°987/2009, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un taux d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI indépendamment de leur domicile et résidence (art. 4 du règlement 883/04).

E. 6.3

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que 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.

E. 6.4

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 (art. 29 al. 1 LAI). Concrètement, le Tribunal de céans peut ainsi se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 20 octobre 2011 (6 mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente est né entre cette date et le 5 avril 2012, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et 1.2.1).

E. 7.1

Pour pouvoir évaluer l'invalidité d'un assuré, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a). Le Tribunal fédéral a jugé en effet que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1).

E. 7.2

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 importants 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 réf.).

E. 7.3

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou

d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait en principe être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant ou une expertise judiciaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_306/2010 du 25 février 2011 consid. 6 ATF 135 V 465 consid. 4.6). Cette règle jurisprudentielle s'applique notamment, lorsque l'administration fonde sa décision sur une prise de position de son service médical rendue sur la base des actes du dossier sans examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_689/2010 du 19 janvier 2011 consid. 3.1.3 ss). Par ailleurs, selon une jurisprudence constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation de documents médicaux. L'administration et le juge appelés à se déterminer en matière d'assurances sociales doivent pouvoir se fonder sur les connaissances spéciales de l'auteur d'un certificat médical servant de base à leurs réflexions. Il s'ensuit que le médecin rapporteur ou pour le moins le médecin signant le rapport médical doit en principe disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée à défaut, la valeur probante d'un tel document est moindre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2 portant sur les rapports des services médicaux régionaux au sens de l'art. 49 al. 2 RAI).

E. 7.4

Toutefois, l'exigence pour un expert de disposer de connaissances spécialisées posée par la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.2.3), n'est pas requise pour un médecin d'un service médical d'un office de l'assurance-invalidité dont on attend plus généralement une appréciation circonstanciée du dossier. Le fait qu'un médecin d'un service médical régional (SMR) ne soit pas un spécialiste du ou des domaines médicaux des pathologies d'un assuré n'est ainsi par déterminant si l'on n'attend pas de lui un avis de spécialiste, mais la faculté de se prononcer sur la cohérence des rapports médicaux versés au dossier, l'adéquation matérielle des appréciations médicales afférentes et leur pertinence au regard des principes développés par la jurisprudence (cf. les arrêt du TF 9C_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3; 9C_766/2009 du 12 mars 2010 consid. 2.2; 8C_4/2010 du 29 novembre 2010 consid. 4.1 et les réf.).

E. 7.5

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, 2e 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).

E. 8.1

En l'espèce, le tableau clinique est clair. Il est admis que A._____ souffre de cardiopathie ischémique et que celui-ci a présenté en juillet 2004 un infarctus antérieur du myocarde (IAM) antéro-latéral ayant nécessité la pose d'un stent (pces 12, 16, 20, 26, 28 et 29). Malgré les bons résultats de l'opération qui s'est déroulée sans complications, les médecins font état d'une fonction systolique globalement abaissée avec une fraction d'éjection

oscillant entre 33% et 40%, diminution qu'ils qualifient tantôt de sévère et tantôt de modérée. En mai 2006, l'assuré présente une fraction d'éjection à 22% qui remonte ensuite aux alentours de 35% et se stabilise (pces 11, 12, 16 à 19 et 30).

E. 8.2

S'agissant de la capacité de travail du recourant, le cardiologue traitant de l'assuré lui reconnaît une incapacité de travail au moins jusqu'au début de l'année 2005 (cf. le rapport du 16 février 2005 de la Dresse F. _____; pce 20); puis les médecins traitants indiquent que l'assuré ne peut pas effectuer des activités stressantes ou nécessitant des efforts physiques importants (cf. les rapports du Dr G. _____ des 11 avril 2005 et 22 février 2006, ainsi que le rapport de la Dresse F. _____ du 22 février 2006; pces 21, 26 et 27). Un régime alimentaire et un mode de vie tranquille lui sont conseillés (pces 12 et 21). Le service médical de l'INSS en Espagne procède à un examen de l'assuré le 5 juin 2006 (cf. le formulaire E 213, point 3.1. p. 1; pce 3) et conclut que l'intéressé ne peut plus exercer son activité habituelle, indiquant que des déficits fonctionnels l'empêchent d'effectuer tout travail. Sur cette base, la sécurité sociale espagnole octroie une rente complète d'invalidité à l'assuré depuis le 29 décembre 2005 et lui reconnaît une incapacité permanente et absolue de travail (cf. décision espagnole du 22 juin 2006; pce 10).

E. 8.3

Suite à la consultation de son service médical, l'OAIE rejette cependant la demande de prestations AI de A. _____, estimant que, contrairement à l'avis des médecins espagnols, l'assuré est apte à travailler à plein temps dans des activités adaptées à son état de santé. Dans deux avis détaillés des 24 décembre 2011 et 29 mars 2012, le Dr J. _____, médecin interniste, estime que l'assuré, bien qu'incapable de reprendre son activité habituelle dans la construction à plus de 30%, a retrouvé une capacité de travail entière dans des activités adaptées trois mois après l'opération avec pose d'un stent, à savoir dès le 30 septembre 2004. Malgré le formulaire E 213 du 18 mai 2011 basé sur un examen du 5 juin 2006, le médecin estime que les rapports cardiologiques actualisés sont suffisants pour lui permettre de prendre position sur l'état de santé de l'assuré et sur sa capacité de travail. Relevant les résultats de test d'effort à 7.5 METS et une fraction d'éjection entre 35% et 40% - modérément abaissée -, le médecin retient que l'assuré peut encore effectuer un travail en position assise, par exemple en tant que concierge, gardien, ainsi que dans des activités dans le commerce et comme employé de bureau non qualifié (pces 35 et 43).

E. 8.4

Quant au recourant, il invoque que son incapacité de travail est totale depuis le mois de juillet 2004 sur la base des rapports de ses médecins traitants, ainsi que du formulaire E 213 (pce 3) et se prévaut de la décision de la sécurité sociale espagnole, lui ayant reconnu une incapacité de travail permanente et absolue. A. _____ indique ne pas pouvoir rester assis ou debout trop longtemps ni porter de poids ou effectuer des activités lourdes. En procédure d'audition et de recours, il verse encore un rapport du 14 mars 2012 de la Dresse K. _____ (pce 41) et plusieurs rapports des 9 mai 2011 et 3 décembre 2012, ainsi qu'un rapport de l'année 2013 de la Dresse F. _____ (TAF pces 1, 12 et 18), attestant de son incapacité de travail dans tout type d'activités et indiquant que l'assuré a besoin d'une vie tranquille dépourvue de stress physique ou psychique, ainsi que sans activités nécessitant la force physique. Des symptômes dépressifs sont nouvellement mis en avant.

E. 8.5

Invité à se déterminer, le service médical de l'OAIE discute ces nouveaux éléments dans deux avis des 14 septembre 2012 et 21 avril 2013 (pce 56 et TAF pce 20). S'agissant des symptômes dépressifs de l'assuré, le médecin relève que ce diagnostic n'émane pas d'un spécialiste en psychiatrie et qu'il n'est pas rendu plausible dans le cas d'espèce, étant donné qu'aucune autre pièce au dossier ne fait mention d'un trouble psychique ou d'un suivi à ce titre. Par ailleurs, il réitère que, au vu des résultats du test d'effort effectués en juillet 2004 (8 METS; pce 28) et en avril 2005 (7.5 METS; pce 26), il n'est pas possible de retenir que l'assuré est en incapacité totale de travail; selon le médecin, il sied de considérer que l'assuré est à même d'exercer des activités en position assise, lesquelles selon la doctrine médicale nécessitent une énergie de 3 METS, faire du vélo de manière modérée nécessitant une énergie de 6 METS.

E. 9.1

A titre liminaire, le Tribunal rappelle qu'en Suisse, l'invalidité se distingue de l'incapacité professionnelle, c'est-à-dire de l'incapacité à travailler dans sa profession habituelle. Si la personne assurée est en mesure d'exercer une autre activité raisonnablement exigible sans subir une perte de gain importante, elle n'est pas réputée invalide au sens de la loi suisse (chiffre 1021 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, CIIAI). Par ailleurs, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas de l'appréciation de l'invalidité selon le droit suisse (ATF130 V 217, consid. 2.4). Le fait que l'assurance sociale espagnole ait reconnu une incapacité totale de travail dans son activité habituelle à A._____ (pce 10) n'est dès lors pas déterminant.

E. 9.2

En l'espèce, le Dr J._____, bien qu'il ne soit pas spécialisé en cardiologie (sur la valeur probante des rapports établis par des médecins SMR non spécialistes, cf. consid. 7.4), procède à un examen complet du dossier médical de l'assuré dans plusieurs avis médicaux de médecins spécialisés (consid. 8.3 et 8.5). Il livre une appréciation complète des pièces cardiologiques et arrive à des conclusions claires et cohérentes. Il explicite de manière convaincante pour quelles raisons il s'éloigne de l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré par les médecins espagnols et notamment des avis de son cardiologue traitant, estimant que les résultats au test d'effort et la fonction systolique modérément abaissée (fraction d'éjection entre 33 et 40%) représentent certes une atteinte empêchant l'assuré d'effectuer des efforts physiques importants, mais lui permettent clairement d'effectuer à temps complet des activités légères en position assise. Le médecin relève que les spécialistes espagnols ne se prononcent pas sur la capacité de travail de l'assuré dans des activités de substitution et que les plaintes subjectives de l'assuré - lequel indique notamment une fatigabilité et des jambes gonflées en position assise prolongée - ne sauraient à elles seules entraîner la reconnaissance d'une incapacité de travail. Relevant que le formulaire E 213 du 18 mai 2011 reflète en réalité l'état de santé de l'assuré au 5 juin 2006 et que le dernier test d'effort remonte au mois d'avril 2005, le Dr J._____ estime toutefois que les rapports cardiologiques récents versés au dossier donnent assez d'indications sur l'état de santé de l'assuré et lui permettent de se prononcer. Selon le médecin de l'OAIE, l'assuré présente au vu des rapports des médecins traitant une fraction d'éjection aux alentours de 30-40% durant les dernières années; dès lors, il n'y a pas de raison de penser que le test d'effort effectué en avril 2005 n'est plus d'actualité. L'apparente aggravation des symptômes de l'assuré mentionnée dans les rapports médicaux du cardiologue traitant qui indique une décompensation récente de l'insuffisance cardiaque de

l'assuré (cf. les rapports des 9 mai 2011, 3 décembre 2012 et de l'année 2013 de la Dresse F. _____; TAF pces 12 et 18), n'est pas retenue comme invalidante par le médecin de l'OAIE. Dans ses dernières prises de position des 14 septembre 2012 et 21 avril 2013, celui-ci relate précisément pourquoi il ne peut retenir les symptômes subjectifs de l'assuré, tels que nausées, palpitations, dyspnée et fatigue, ceux-ci étant pour la plupart fonctionnels et n'étant pas accompagnés d'autres symptômes indicatifs d'une insuffisance cardiaque, la fraction d'éjection étant toujours aux alentours de 40% comme en 2004. Le médecin indique également que l'examen cardiologique et les autres indications ressortant du rapport du 9 mai 2011 n'indiquent pas la décompensation relatée par le cardiologue traitant (cf. supra let. F et L).

E. 9.3

Concernant la capacité de travail de l'assuré, le Tribunal souligne que les médecins traitants indiquent uniquement que l'atteinte cardiaque de l'assuré ne lui permet pas d'exercer un métier nécessitant le port de poids, de fournir des efforts physiques ou de supporter du stress (pces 20, 21, 26, 27 et 41; TAF pces 1, 12 et 18). Aucuns des cardiologues traitants n'explicitent pour quelles raisons ils retiennent une incapacité de travail dans tout type d'activité, les limitations fonctionnelles n'impliquant pas une incapacité de travail pour des activités plus légères. Le médecin de l'INSS ne se prononce pas clairement sur l'aptitude de l'assuré à effectuer d'autres tâches adaptées se contentant d'indiquer que des déficits fonctionnels existent pour tout type de travail, sans indiquer lesquels. Par contre, force est au Tribunal de constater que le cas a été discuté de manière très complète et probante par le service médical de l'OAIE (cf. supra consid. 9.2).

E. 9.4

S'agissant dans le cas d'espèce de mettre en balance l'appréciation de médecin de l'OAIE et celle des médecins traitants de A. _____, le juge doit tenir compte du fait que 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 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.; Ulrich Meyer-Blaser, Bundesgesetz über Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 230).réf. cit.). Dès lors, considérant qu'il ne ressort pas du dossier que l'assuré ait présenté d'autres incidents cardiaques depuis 2004, que la Dresse F. _____ dans son rapport du 11 juillet 2011 (pce 11) relève une situation stabilisée et que l'assuré présente depuis juillet 2004 une fraction d'éjection entre 33% et 40%, à l'exception des 22% relatés en mai 2006 au moment de l'octroi de la rente en Espagne, le Tribunal se rallie à l'avis du médecin de l'OAIE quant à l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré.

E. 9.5

S'agissant des symptômes dépressifs évoqués brièvement par le cardiologue traitant du recourant dans ses rapports des 9 mai 2011, 3 décembre 2012 et de l'année 2013 (TAF pces 1, 12 et 18), le Tribunal relève, à l'instar du médecin de l'OAIE, que ces symptômes ne sont pas documentés et sont relatés par un médecin cardiologue non spécialisé en psychiatrie. En outre, il ne ressort d'aucune autre pièce que l'assuré ait bénéficié d'un quelconque suivi psychiatrique ou médicamenteux à ce titre. Le médecin cardiologue ne mentionne pas quand ces symptômes dépressifs ont commencé et ne discute pas leur degré de gravité. Ainsi, l'avis du médecin de l'OAIE peut également être suivi sur ce point, à savoir qu'une incapacité du point de vue psychique n'a pas été rendue plausible par l'assuré.

E. 9.6

Au vu de tout ce qui précède, le Tribunal fait sienne la position de l'OAIE (TAF pces 7, 14 et 20) et retient que l'assuré, malgré son état de santé l'empêchant d'effectuer des travaux lourds et notamment d'exercer dans le domaine de la construction, a retrouvé une capacité de travail entière dans des activités adaptées en position assise depuis le 1er novembre 2004. Il reste à déterminer la perte de gain de l'assuré.

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.

E. 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.

E. 10.3

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques salariales (ATF 126 V 75, consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 cité, consid. 5b/aa-cc). La déduction, qui doit être effectuée globalement, résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivée par l'administration. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 cité consid. 6).

E. 10.4

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

retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires (ESS) peuvent aussi servir à fixer le montant des revenus que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide.

E. 10.5

En l'espèce, eu égard au fait que le Bureau international du travail (BIT) ne publie pas de statistiques pour l'Espagne, l'autorité inférieure s'est fiée aux données statistiques suisses et non aux statistiques nationales espagnoles, lesquelles ne présentent pas - faute d'en connaître la méthodologie - la même fiabilité et représentativité que celles disponibles en Suisse (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 232/06 du 25 octobre 2006 consid. 4 et arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3053/2006 du 4 septembre 2008 consid. 10.2.2). Ce procédé est correct.

E. 10.6

Le 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 224 consid. 4.3.1). Le Tribunal fédéral a précisé que la comparaison des revenus doit être effectuée en se référant en principe à la situation au moment où le droit à la rente aurait pu naître au plus tôt (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.4), soit en l'espèce en octobre 2011, 6 mois après le dépôt de la demande (cf. art. 29 al. 1 LAI).

E. 11.1

S'agissant du niveau de qualification, pour chaque secteur concerné, le tableau TA1 (Salaire mensuel brut (valeur centrale) selon les divisions économiques, le niveau de qualifications requises pour le poste de travail et le sexe, secteur privé, ESS 2010, p. 26) fait part de salaires moyens pour le niveau de qualification 1+2 (travaux les plus exigeants et tâches les plus difficiles; travail indépendant très qualifié), le niveau de qualification 3 (connaissances professionnelles spécialisées) et le niveau de qualification 4 (activités simples et répétitives). En l'espèce, il se pose la question de savoir à quel niveau de qualification se trouve le salaire d'un indépendant dans le domaine de la construction.

E. 11.2

Le choix du niveau de qualification professionnelle (1+2, 3 ou 4), en tant que facteur entrant dans la détermination du gain d'un assuré sur la base des statistiques salariales (cf. ATF 124 V 321), se fonde sur l'expérience générale de la vie et constitue dès lors une question de droit que le juge peut revoir librement (arrêt 9C_24/2009 précité; arrêt I 732/06 du 2 mai 2007, consid. 4.2.2, publié in SVR 2008 IV n° 4 p. 9). Selon la jurisprudence, il convient de se référer aux circonstances particulières du cas concret (années d'expérience professionnelle, formation, diplômes, position dirigeante ou indépendante, salaire, etc.) pour déterminer si le niveau de qualification 1+2 ou le niveau de qualification 3 correspond au mieux à la situation économique de l'assuré (cf. arrêt du TF du 30 avril 2010 8C_955/2009 consid. 4.2.1; arrêt du TF I 97/00 du 29 août 2002 consid. 1.2).

E. 11.3

En l'espèce, malgré que l'assuré ait exercé en dernier lieu une activité indépendante, le Tribunal remarque que l'intéressé n'a aucune autre formation que celle de l'école obligatoire et n'avait qu'un seul employé (pce 4 pp. 1 à 4; pces 9 et 33). Ainsi, l'OAIE a procédé correctement en retenant un niveau de qualification 3 s'agissant du cas particulier.

E. 11.4

Dès lors, pour fixer le revenu de l'assuré sans invalidité, il s'agit de se référer au Tableau TA1 de l'ESS 2010 (Divisions économiques (NOGA08), Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les divisions économiques, le niveau de qualifications requises pour le poste de travail et le sexe, secteur privé). Dans le secteur "construction", niveau de qualification 3, on retient un salaire mensuel brut pour un homme de Fr. 5'742.--. Après indexation à l'année 2011 ($[(5'742 \times 2171) : 2151] = \text{Fr. } 5'795.38$; cf. OFS, l'évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2011) et à la durée hebdomadaire normale de travail dans ce domaine en 2011 (La Vie économique, 10-2012, B 9.2, p. 94), soit à 41.7 h/sem., le salaire avant invalidité de A. _____ se monte statistiquement à Fr. 6'041.69.

E. 12.1

En ce qui concerne le revenu d'invalidité du recourant, il a été admis qu'une activité adaptée légère en position assise est médicalement exigible depuis le mois de novembre 2004 (cf. la prise de position du 24 décembre 2011 du service médical de l'OAIE; pce 35) dans des activités de services à l'exclusion des activités industrielles.

E. 12.2

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, il y a lieu de se fonder sur la valeur médiane de la table ESS TA1 (secteur privé) dont l'utilisation est prescrit par la jurisprudence (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa, arrêts du TF I 708/06 du 23 novembre 2006 consid. 4.6, B 68/03 du 16 décembre 2003 consid. 4.2 ainsi que RAMA 2001 Nr. U 439 p 347 [arrêt U 40/99 du 7 août 2001 consid. 3c/cc]) et non sur un panel de secteurs spécifiques d'activités. Toutefois, au vu du fait que tous les secteurs d'activités ne sont pas mentionnés comme exigibles par le service médical de l'OAIE et que la jurisprudence estime également que, si cela apparaît opportun dans des cas particuliers, notamment lorsque la personne a travaillé longtemps dans le même domaine ou que certains domaines d'activité sont totalement exclus en raison de ses limitations, il est possible de prendre un secteur ou une branche particulière lors du calcul du salaire après invalidité (cf. l'arrêt du TF du 9C_311/2012 du 23 août 2012, consid. 4.1).

E. 12.3

Il sied dès lors de se référer au salaire médian dans le secteur 3 (services) pour un homme en 2010, niveau de qualification 4, à savoir Fr. 4'536.--. Après indexation à l'année 2011 ($[(4'536 \times 2171) : 2151] = \text{Fr. } 4'578.17$; cf. OFS, l'évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2011) et à la durée hebdomadaire normale de travail dans ce domaine en 2011 (La Vie économique, 10-2012, B 9.2, p. 94), soit à 41.7 h/sem., le salaire avant invalidité de A. _____ se monte statistiquement à Fr. 4'772.74.

E. 12.4

S'agissant de la hauteur de l'abattement sur le salaire invalide que l'on peut reconnaître au recourant, il faut examiner dans un cas concret si des indices permettent de conclure qu'à cause de l'une ou l'autre de ses caractéristiques, l'assuré n'est pas en mesure d'utiliser sa capacité résiduelle de travail sur le marché ordinaire de l'emploi que contre une rémunération inférieure au salaire moyen correspondant (ATF 134 V 322 consid. 5.1). La mesure de cette réduction dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et relève en premier lieu de l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation (cf. consid. 10.3). En

conséquence, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (Arrêt du TF I 133/07 du 21 janvier 2008, consid. 2.3; ATF 137 V 71, consid. 5 ATF 132 V 393 consid. 3.3, ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références). En l'espèce, l'OAIE a consenti un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidé de l'assuré pour tenir compte "des circonstances personnelles et professionnelles" (cf. l'évaluation de l'invalidité de l'OAIE du 9 février 2012; pce 38), ce qui apparaît tout à fait adapté dans le cas d'espèce, considérant l'âge de l'assuré (50 ans au moment où il a été constaté que l'exercice d'une activité lucrative était médicalement exigible, à savoir en novembre 2004; ATF 138 V 457) et du fait que plusieurs activités sont encore exigibles à temps plein. Le revenu après invalidité est donc fixé à Fr. 4'056.82.

E. 12.5

Le calcul comparatif des revenus fait apparaître un préjudice économique de 33% $([6'041.69 - 4'056.82 \times 100] / 6'041.69)$ une fois arrondi au pour-cent supérieur (ATF 130 V 121 consid. 3.2), pour une activité adaptée exigible à 100%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

E. 13.1

Selon la jurisprudence, quand bien même en principe, il n'y a pas lieu d'examiner si une personne invalide peut être placée eu égard aux conditions concrètes du marché du travail (VSI 1998 p. 296 consid. 3b et les références) et que les facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques ne constituent pas des circonstances supplémentaires susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité (VSI 1999 p. 247 consid. 1 et les références citées), il est admis, que lorsqu'une personne assurée se trouve proche de l'âge de la retraite suisse (65 ans pour les hommes), il faut se demander, si, de manière réaliste et en appréciant la situation dans son ensemble, celle-ci est en mesure de trouver un emploi sur un marché équilibré du travail (cf. arrêts du Tribunal fédéral I 1034/3006 du 6 décembre 2007 consid. 3.3, I 61/05 du 27 juillet 2005 consid. 4.4. avec références et I 462/02 du 26 mai 2003 consid. 2.3 et arrêts du Tribunal administratif fédéral C-3050/2006 du 23 mars 2009 consid. 10.3.1 et C-1091/2007 du 24 novembre 2008 consid. 8.1).

E. 13.2

Toutefois, en l'espèce, si l'assuré est âgé de 58 ans au moment du dépôt de sa demande de prestations AI, il était âgé de 50 ans au moment où une activité lucrative est devenue à nouveau médicalement exigible, à savoir à trois mois de son opération coronarienne selon les conclusions du service médical de l'OAIE (ATF 138 V 457). Dès lors, il n'apparaît pas nécessaire au Tribunal de procéder à cet examen. A ce propos, le Tribunal relève par surabondance que A. _____ malgré son atteinte à la santé, peut encore exercer à 100% de nombreuses activités adaptées en position assise. Ainsi, il ne paraît pas irréaliste, qu'à l'âge de 50 ans, il ait été en mesure de mettre à profit sa capacité résiduelle de travail sur un marché de l'emploi équilibré (sur la jurisprudence particulière concernant l'âge avancé, voir notamment arrêts du Tribunal fédéral 9C_364/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.2 et 9C_355/2011 du 8 novembre 2011 consid. 4.4). L'exercice d'une activité adaptée est par conséquent exigible.

E. 13.3

Il est en outre utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, tout invalide qui demande des prestations de cette assurance 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 avec les références). Le fait que le recourant ne mette pas en valeur sa capacité résiduelle de travail pour des raisons étrangères à l'invalidité ne relève pas de l'assurance invalidité, car il s'agit là de facteurs qui ne sont pas liés à l'invalidité et que l'assurance-invalidité n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329 consid. 3c). Dans ce contexte, la formation professionnelle, les aptitudes physiques et mentales de l'assuré, ainsi que son âge, ne sont pas des facteurs supplémentaires propres à influencer l'étendue de l'invalidité (RCC 1982 p. 34 consid. 2c).

E. 14

Au vu de tout ce qui précède, le recours du 14 mai 2012 doit être rejeté et la décision du 5 avril 2012 confirmée.

E. 15

Les frais de procédure, fixés à Fr. 400.--, sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF) et sont compensés avec l'avance sur les frais de procédure déjà versée le 6 décembre 2012 (TAF pce 11). Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 7 al. 1 a contrario du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

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