Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Cour III
C-6814/2009

Arrêt du 9 mai 2011

Composition

Vito Valenti (président du collège),
Elena Avenati-Carpani et Stefan Mesmer, juges,
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

Parties

A._____,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 11 septembre 2009).

Faits :

A.
Le recourant A._____, ressortissant espagnol né le […] 1958, a travaillé en Suisse pendant plusieurs périodes d'assurance de 1976 à 1991 pour divers employeurs, puis a touché des indemnités de chômage de 1992 à 1994. (pces 6, 46 p. 2 n° 3.4 [documents ne contenant pas d'informations quant aux activités exercées par l'assuré pendant cette période]; cf aussi pce 45 [rapport psychiatrique du 15 septembre 2008 indiquant que l'assuré a travaillé pour divers employeurs, principalement en tant qu'employé de commerce]). De retour en Espagne en 1994, il a oeuvré en dernier lieu comme gérant d'une brasserie du 1er août 2002 au 31 octobre 2005, travail exercé à plein temps et en qualité d'indépendant (pce 17), puis comme employé de commerce du 28 mars au 13 avril 2007 pour l'entreprise B._____ et du 16 avril au 16 mai 2007 pour l'entreprise C._____ en tant que vendeur de livres (emploi à plein temps [cf. pces 11 p. 1 n° 3 et p. 3 n° 7, 13 p. 1 n° 5, 14, 15]). Mis en congé maladie à partir de cette dernière date, il n'a dès lors plus repris d'activités lucratives pour des raisons de santé. Ayant été soumis à plusieurs opérations suite à l'apparition de différents cancers (thyroïdectomie totale en 2004 suite à un cancer thyroïdien; ablation d'un polype du colon avec cancer in situ en 2006; prostatéctomie radicale pour cause de cancer en 2008) et souffrant par ailleurs de douleurs au dos et d'affections psychiques, l'assuré présente une demande de prestations auprès de l'Institut national de la sécurité sociale espagnole le 10 novembre 2008 (INSS; pce 1 p. 7 n° 14), lequel a transmis la requête à l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE).

Par acte du 21 août 2009 (pce TAF 1 p. 26), les institutions de sécurité sociale espagnoles reconnaissent à l'intéressé un droit à des prestations basé sur un degré d'invalidité de 51% (dont 8% dus à des facteurs sociaux).

B.
Lors de la procédure d'examen de la demande, l'OAIE recueille divers renseignements économiques et médicaux dont notamment des rapports médicaux des 26 avril 2004 (pce 18), 28 septembre 2004 (pce 19), 5 octobre 2004 (pce 20), 11 novembre 2004 (pces 22 et 23 [deux rapports médicaux datés du même jour]), 6 mars 2005 (pce 24), 7 mars 2005 (pces 25 et 26 [deux rapports médicaux datés du même jour]), 14 novembre 2005 (pce 27), 21 novembre 2005 (pce 28), 27 décembre 2006

(pces 29 et 31 [deux rapports médicaux datés du même jour]), 29 décembre 2006 (pce 30), 6 juillet 2007 (pce 32), 30 août 2007 (pce 33), 3 septembre 2007 (pce 34), 9 janvier 2008 (pce 35), 15 janvier 2008 (pce 36), 19 février 2008 (pce 37), 5 avril 2008 (pce 41), 7 avril 2008 (pce 42), 21 avril 2008 (pce 43), 9 septembre 2008 (pce 44), 15 septembre 2008 (pce 45) et 19 novembre 2008 (pce 46 [rapport médical détaillé E 213]).

C.
Le 26 juin 2009 (pce 49), l'OAIE, s'appuyant sur un rapport de son service médical du 23 juin 2009 (pce 48; diagnostics retenus: status après opération d'un cancers thyroïdien en 2004; status après ablation d'un polype du colon avec cancer in situ en 2006; status après prostatéctomie radicale pour cancer en 2008 sans signe de récidive; troubles dégénératifs de la colonne vertébrale; trouble anxieux et trouble de la personnalité), informe l'intéressé qu'il entend rejeter sa demande de prestations. Selon lui, il ressort du dossier qu'il n'y a pas une incapacité de travail moyenne suffisante, pendant une année, au sens des dispositions du droit des assurances sociales suisse; malgré l'atteinte à la santé, l'exercice d'une activité lucrative serait toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente. Il impartit à l'assuré un délai de 30 jours pour déposer ses observations.

D.
Par téléphone du 10 juillet 2009 (pce 50 [note de l'OAIE]) et acte daté du 10 août 2009 (pce 55), l'intéressé fait part de son désaccord quant au projet de décision. Soulignant que son état de santé s'est déjà détérioré en 2006, que sa tentative de reprise d'un travail en 2007 a été interrompue après un mois seulement et qu'il est ensuite resté en arrêt maladie du 16 mai 2007 au 7 mai 2009, il estime avoir présenté une incapacité de travail pendant une année dans le sens du droit des assurances sociales suisse et conclut qu'il ne peut plus exercer un quelconque travail. Il fait valoir que les institutions de sécurité sociale espagnoles lui ont accordé des prestations pour cause d'invalidité totale et permanente, qu'il doit prendre de nombreux médicaments chaque jour et qu'il souffre de problèmes au dos ne lui permettant pas de rester assis, couché ou debout pendant de longues périodes ainsi que d'affections psychiatriques qui l'empêchent d'avoir une vie normale. Par ailleurs, il indique que les médicaments prescrits ont eu pour conséquence un déchaussement de la gencive de sorte qu'il a dû se faire arracher toutes les dents. Il produit des rapports médicaux des 13 juillet 2009 (pce 52), 22 juillet 2009 (pces 53 et 54 [deux rapports médicaux datés du même jour]) et du 27 juillet 2009 (pce 51).

E.
Par décision du 11 septembre 2009 (pce 58), notifiée le 25 septembre 2009 (pce 59), l'autorité inférieure, après avoir soumis la nouvelle documentation reçue à l'appréciation de son service médical (rapport du 4 septembre 2009 [pce 57]), rejette la demande de prestations de l'assuré en reprenant la motivation du projet de décision.

F.
Par acte remis à la Poste espagnole le 24 octobre 2010 (pces TAF 1 et 2), l'intéressé défère la décision précitée au Tribunal administratif fédéral. Il souligne que son état de santé s'est détérioré depuis qu'il a été soumis à une thyroïdectomie totale fin 2004. Dès lors, il serait devenu très irritable et surtout il aurait été toujours très fatigué et sans aucune force ce qui l'aurait obligé à fermer son établissement de débit de boisson le 31 octobre 2005. L'état de santé se serait encore aggravé par la suite (polypectomie du colon fin 2006; impossibilité de conduire suite à une haute tension artérielle en mai 2007; cholécystite aiguë puis cholécystectomie en 2007; prostatectomie avec ablation des ganglions début 2008; problèmes au dos; traitement psychiatrique avec une grande dose de médicaments). Pour ces raisons, il estime avoir droit à des prestations de l'assurance-invalidité et se dit disposé à passer une expertise en Suisse si cela devait s'avérer nécessaire. Il produit plusieurs documents médicaux déjà versés au dossier et quatre documents nouveaux établis par les institutions de sécurité sociale espagnoles (pce TAF 1 p. 23-26).

G.
Par décision incidente du 6 novembre 2009 (pce TAF 3), notifiée le 12 novembre 2009 (pce TAF 4 [avis de réception]), le Tribunal de céans invite le recourant à verser, dans un délai de 30 jours dès notification dudit acte, une avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 300.-. La somme requise est versée à la Poste suisse le lundi 14 décembre 2009 (pces TAF 5 et 8).

H.
Invitée à se déterminer sur le recours, l'autorité inférieure, dans son préavis du 17 mai 2010 (pce TAF 12), relève que l'invalidité est une notion économico-juridique et non pas médicale. La LAI indemnise donc uniquement la perte économique ─ calculée par une comparaison des revenus ─ et non pas l'atteinte en soi ou l'incapacité de travail et soumet l'assuré à une obligation générale de diminuer le dommage. Elle relève que, selon les observations de son service médical, les diverses

pathologies en cause sont certes sérieuses mais n'entraînent pas une incapacité de travail significative d'un point de vue médical. Ainsi, malgré la maladie, l'assuré aurait pu continuer à travailler (comme gérant d'un débit de boisson ou comme voyageur de commerce) sans subir de perte de gain, de sorte qu'il n'y a pas d'invalidité dans le sens du droit suisse. Pour ces motifs, l'administration propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

I.
Par réplique du 31 août 2010 (pce TAF 15), le recourant conteste que ces problèmes de dos n'entraînent pas de limitations fonctionnelles notables et précise qu'il a été victime en 1978 d'un accident de voiture ayant causé une double fracture de la colonne D5-D6 avec tassement des disques. De surcroît, il souffrirait également de haute tension et de problèmes psychiques suite à son cancer de la tyroïde (comportements sociaux; dépression). Par ailleurs, il indique être victime d'une maladie coronaire depuis avril 2010. Il produit à cet effet des rapports médicaux des 30 juin 2010, 7 juillet 2010, 8 juillet 2010 (pces TAF 15 p. 5 et 6, à savoir deux rapports médicaux datés du même jour), 9 juillet 2010, 16 juillet 2010 et 21 juillet 2010.

J.
Invitée à se déterminer, l'autorité inférieure, après avoir recueilli une prise de position de son service médical (rapport du 26 octobre 2010 [pce 61]), constate que la péjoration de l'état de santé, dont l'incidence sur la capacité de travail reste encore à démontrer, est postérieure à la décision attaquée de sorte qu'elle ne saurait être prise en compte dans la présente affaire (duplique du 5 novembre 2010 [pce TAF 19]). Ce document est envoyé au recourant avec invitation à se déterminer jusqu'au 18 janvier 2011 respectivement jusqu'au 18 février 2011 (ordonnances des 3 décembre 2010 et 21 janvier 2011 [pces TAF 20 et 24]).

K.
Par acte du 18 janvier 2011 (pce TAF 26), le recourant réitère ses conclusions antérieures en estimant que la maladie cardiaque doit être prise en compte dans la présente affaire. Par ailleurs, il produit un rapport médical du 2 février 2011. Ces documents sont envoyés à l'autorité inférieure pour connaissance (ordonnance du 2 mars 2011 [pce 27]).

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), 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'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

1.2. En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, 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 la présente 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. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que 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.

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. 38 al. 4 let. b et 60 LPGA; art. 52 PA), le recours est recevable.

2.
L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1er juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109. 268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à

l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Par ailleurs, l'art. 20 ALCP dispose que, 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. L'art. 80*a* 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 (cf. dans ce contexte la circulaire AI n° 292 du 10 mai 2010 de de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS]).

3.

3.1. Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). Ainsi, par rapport aux dispositions de la LAI, il s'ensuit que le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 et, après le 1er janvier 2008, en fonction des modifications de cette loi consécutives à la 5ème révision de la LAI, étant précisé que le nouveau droit n'a aucune influence sur le calcul des rentes d'invalidité mais que, par contre, il a introduit des dispositions plus restrictives quant à la naissance du droit à la rente au plus tôt et au temps de cotisation nécessaire pour avoir droit à une rente. En l'espèce, quand bien même l'assuré a déposé sa demande de rente fin 2008, il ressort de la documentation médicale remise par l'INSS qu'une incapacité de travail dans la profession habituelle a débuté dès le 16 mai 2007 (cf. pces 1 p. 2 n° 7.2, 46 p. 10 n° 11.10), de sorte que le délai d'attente d'une année (cf. supra consid. 5) a en tous les cas commencé à courir avant le 1er janvier 2008. Conformément aux directives émises par l'OFAS (lettre-circulaire n° 253 du 12 décembre 2007), il se justifie dès lors d'appliquer le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 pour déterminer à partir du quel moment l'éventuel droit à une rente aurait pu naître au plus tôt. Les dispositions citées ci-après sont donc, sauf indication contraire, celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

3.2. 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 10 novembre 2007 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 11 septembre 2009, 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; ATF 129 V 222, consid. 4.1; 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: d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI; 3 ans selon le droit en vigueur à partir du 1er janvier 2008). Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plusieurs années et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations (pce 6). Il reste à examiner s'il est invalide.

5.
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. 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. Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40% au moins (lettre a) 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). Au vu des atteintes dont est victime le recourant, la lettre b de cette disposition est applicable en l'espèce.

6.
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 exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré. 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.

7.
Conformément au principe inquisitoire, l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. 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 certaines 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, 2ème 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).

8.
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).

9.
Dans la présente affaire, il est admis que le recourant présente un status après plusieurs opérations faisant suite à la découverte de différents cancers (thyroïdectomie totale en 2004; polypectomie du colon en décembre 2006, prostatectomie totale en avril 2008), de troubles dégénératifs de la colonne vertébrale et d'atteintes psychiques (pce 48 p. 1). Le litige porte sur les répercussions de ces affections sur la capacité de travail de l'assuré, singulièrement sur le point de savoir si celui-ci présente un taux d'invalidité suffisant pour prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité.

10.

10.1. A titre liminaire, il sied de relever que 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). Ainsi, 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; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doivent être prise en considération (art. 40 du Règlement [CEE] n° 574/72). Quoiqu'en dise l'assuré, il n'est donc pas en soi déterminant que les institutions de sécurité sociale espagnoles lui ait reconnu le droit à des prestations basé sur un degré d'invalidité de 51%. Par ailleurs, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité. En particulier, si l'assuré ne peut plus exercer sa profession habituelle et qu'un changement de métier est médicalement exigible de sa part, il est tenu de chercher un emploi adapté dans un autre secteur d'activités dans un temps raisonnable (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_361/2008 du 9 février 2009 consid. 6.1).

10.2. En l'espèce, la Dresse D._____, dans un rapport E 213 du 19 novembre 2008 faisant suite à un examen de l'assuré en date du 11 novembre 2008 (pce 46 p. 2 n° 2.1), pose le diagnostic de néoplasie de la prostate opérée en 2008 et actuellement en examen (pce 46 p. 8 n° 7) et signale que l'assuré suit un traitement psychiatrique (pce 46 p. 3 n° 4.1). Elle conclut que celui-ci n'est plus en mesure d'exercer sa dernière

activité de représentant de commerce hors magasin ("viajente de comercio"). En revanche est exigible à plein temps une activité adaptée mi-lourde ne requérant pas la conduite de véhicule, permettant l'alternance des positions après un certain temps (à savoir une période longue voire moyenne) et respectant un certain nombre de limitations fonctionnelles supplémentaires (pas d'exposition à l'humidité, au froid, au bruit, aux gaz, aux vapeurs, aux émanations et aux risques de chute; pas de travaux nécessitant un travail posté, des flexions répétées, le port et l'élévation fréquents de charges; pas d'activités demandant de gravir des plans inclinés, échelles ou escaliers ou de travailler la nuit [pce 46 p. 8-10]).

10.3. Cela étant, force est de constater que l'appréciation de la Dresse D._____ est tout à fait compatible avec l'ensemble des autres documents produits par l'INSS et l'assuré.

10.3.1. Ainsi, les rapports médicaux portant sur les différents cancers découverts chez l'assuré ne contiennent pas d'éléments suffisants permettant de retenir une incapacité de travail durable du recourant pendant une année.

En ce qui concerne la thyroïdectomie totale, le rapport médical du 5 octobre 2004 (pce 20) mentionne que l'assuré a subi une opération le 20 septembre 2004 puis le 4 octobre 2004 et que l'état de santé s'est bien rétabli suite à ces interventions. Il est également indiqué que le patient a subi un traitement radioisotopique le 9 novembre 2004 avec limitations importantes des contacts sociaux pendant les 4 jours suivant la sortie de l'hôpital; par la suite, un traitement substitutif a été mis en place que l'assuré devra suivre durant toute sa vie (pces 22, 23, 27). Ces rapports ne contiennent donc aucun indice permettant de soutenir l'argumentation de l'assuré selon laquelle le cancer de la thyroïde aurait donné lieu à une incapacité de travail prolongée. Dans ce contexte, on observe que le Dr E._____, dans un rapport endocrinologique du 14 novembre 2005 (pce 27; cf. aussi le rapport du 27 juillet 2009 de ce même médecin au contenu similaire [pce 51]), relève que l'assuré, selon ses propres déclarations, est irritable et fatigué. Il ne tire toutefois aucune conclusion quand à ces plaintes et se limite à indiquer que son patient est pris en charge par un psychiatre. Or, comme on le verra ci-après, la documentation psychiatrique ne permet pas de conclure à la présence d'une maladie incapacitante chez l'assuré (cf consid. 10.3.3).

S'agissant de l'ablation en décembre 2006 de deux polypes du colon dont l'un présentait des cellules cancéreuses, rien au dossier ne laisse percevoir que l'opération en question a donné lieu à des complications, de sorte que l'on ne saurait également retenir une incapacité de travail durable à ce titre (cf. pces 29-31).

Finalement, pour ce qui est de la prostatectomie radicale avec ablation des ganglions iliaques externes et obturateurs effectuée le 1er avril 2008, le rapport médical du 5 avril 2008 atteste que l'évolution de l'état de santé de l'assuré est bonne sans incidence remarquable (pce 41, cf aussi pces 42, 43, 53 [faisant notamment part d'un patient pratiquement sans problème de miction]). Par ailleurs, toujours en rapport avec cette atteinte, rien au dossier ne fait part de limitations fonctionnelles qui feraient obstacle à la reprise d'une activité lucrative ni de récidives de la maladie.

10.3.2. L'assuré a également été victime d'une cholécystite aiguë à la fin juin 2007 qui a donné lieu à une cholécystectomie en septembre 2007. Les rapports médicaux produits (cf. pces 32-34) ne permettent cependant pas de conclure à une incapacité de travail durable de l'assuré à ce titre.

10.3.3. Dans des rapports orthopédiques des 15 janvier 2008, 9 septembre 2008 et 22 juillet 2009 (pces 36, 44 et 54), les Drs F._____ et G._____ font part de troubles dégénératifs de la colonne vertébrale mis en évidence chez l'assuré dont notamment une discrète ostéochondrose intervertébrale avec hernie discale D8-D9 et changements dégénératifs avant tout en D9-D10, une hyperréaction musculaire associée à une scoliose dorsale avec diminution des espaces au niveau L4-L5 et S1 (étant précisé que cette affection provoque des douleurs dans les membres inférieurs que le patient décrit comme incapacitantes et qui limitent sa vie quotidienne), une cervicarthrose avec symptomatologie associée (vertiges, nausées et contractures musculaires) et un rétrécissement vertébral antérieur en D5-D6. Les Drs F._____ et G._____ signalent que les nombreux traitements ont permis une amélioration partielle, en précisant que de la gêne et des douleurs avec contractures musculaires associées sont toutefois réapparues. Compte tenu de la chronicité de la symptomatologie décrite, ils recommandent à l'assuré d'éviter la manutention de charges, de ne pas rester pendant des périodes prolongées en position debout ou assise, d'effectuer des exercices répétitifs de flexion-extension et d'éviter les situations qui provoquent les contractures musculaires. Il appert donc que les limitations fonctionnelles retenues par ces spécialistes sont tout à

fait compatibles avec celles retenues dans le rapport E 213 du 19 novembre 2008.

10.3.4. Sur le plan psychiatrique, le Dr H._____, dans un rapport du 15 septembre 2008 (pce 45), pose les diagnostics de trouble d'anxiété généralisée (CIM-10 F 41.1) et de possible trouble non spécifié de la personnalité (CIM-10 F 60.9). Il signale que le patient l'a consulté le 10 janvier 2008 sur recommandation de son médecin généraliste pour cause d'état anxio-dépressif et qu'il suit l'assuré depuis lors. Il est également mentionné que l'assuré avait déjà été suivi en 2001 pour "angoisse professionnelle" et que le traitement mis en place avait permis une évolution favorable. Par ailleurs, il y a environ quatre ans, le patient aurait commencé à se sentir progressivement plus irritable avec une baisse du moral, une labilité affective et un tableau clinique d'anxiété que l'assuré met en relation avec les multiples pathologies physiques dont il est atteint, en particulier avec le diagnostic de cancer de la thyroïde. Le Dr H._____ atteste qu'il a vu le patient pour la dernière fois le 8 septembre 2008; ce dernier se sent subjectivement mal avec prédominance de syndromes tels que l'anxiété, l'irritabilité et un manque de contrôle des impulsions sans qu'un trouble affectif significatif puisse toutefois être objectivé; le patient dit par ailleurs consommer de l'alcool ce qui augmente la symptomatologie décrite. Ce rapport médical ne prend donc aucunement position sur la capacité de travail de l'assuré. En outre, sur le vu du tableau clinique rapporté, il n'est pas de nature à ébranler les conclusions de la Dresse D._____ qui, en connaissance de ce certificat (cf. pce 46 p. 3 n° 4.1), retient que le recourant est en mesure d'exercer à plein temps un travail de substitution adapté. Il en va de même du rapport psychiatrique du 13 juillet 2009 établi par le Dr I._____ (pce 52). Ce praticien pose nouvellement les diagnostics de dysthymie (CIM-10 F 34.1) et de trouble de la personnalité, sans précision (CIM-10 F 60.9). Or, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dysthymie ne constitue en principe pas à elle seule une atteinte à la santé ayant un caractère invalidant (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_246/2010 du 11 mai 2010 consid. 2.2.1 et les références citées). Eu égard à la documentation médicale produite, et notamment du fait que les spécialistes ne font pas part d'un trouble affectif ou de la personnalité grave chez l'assuré, il n'y a pas de motifs pertinents pour s'écarter en l'espèce de cette règle jurisprudentielle.

10.3.5. Finalement, il sied de noter qu'un acte du 30 octobre 2008 émis par les institutions de sécurité sociale espagnoles (pce 9) retient que l'assuré a été opéré pour un cancer de la prostate en 2008; au niveau des

déficits fonctionnels il est mentionné sans aucune motivation que l'assuré présente des limitations pour conduire et qu'il ne peut rester trop longtemps dans la même position, c'est-à-dire pendant une période de longue durée, voire de durée moyenne ("limitado para conducir vehiculos y estar tiempo, aun medio, en una misma postura"). A nouveau, cette appréciation est tout à fait compatible avec l'évaluation de la Dresse D._____.

10.4. Au vu de tout ce qui précède, le Tribunal de céans peut donc conclure que, sur le plan strictement médical, l'assuré est pour le moins à même d'exercer une activité mi-lourde à plein temps qui ne requiert pas l'usage de véhicule et respecte les autres limitations fonctionnelles retenues par le médecin de l'INSS.

10.5. En ce qui concerne l'exigibilité de l'activité habituelle, il convient de relever ce qui suit.

10.5.1. Le service médical de l'OAIE retient que l'exercice d'une activité lucrative à plein temps est exigible de la part de l'assuré dès lors que la découverte et l'ablation de cellules cancéreuses constituent certes une atteinte à la santé sérieuse mais que les différentes opérations y relatives n'ont pas entraîné de limitations fonctionnelles significatives et qu'il n'existe aucun signe de métastatisation (cf. rapports des 23 juin et 4 septembre 2009 signés par le Dr J._____, spécialiste en orthopédie et traumatologie [pces 48 et 57]; voire aussi prise de position du 26 octobre 2010 établie par le Dr K._____, médecin généraliste [pce 61]). Dans cette mesure, il confirme donc l'évaluation faite par le médecin de l'INSS. Il estime toutefois que les limitations fonctionnelles retenues par la Dresse D._____ sont trop importantes par rapport au tableau clinique observé. Ainsi, selon le Dr J._____, les constats objectifs mis en évidence quant à l'affection au dos, notamment à la page 5 du rapport E 213 du 19 novembre 2008, ne permettent pas de déduire d'une incapacité de travail de l'assuré dans son ancienne activité de voyageur de commerce ou celle de gérant d'un bar. Par ailleurs, les troubles psychiques ne causeraient pas d'incapacité de travail significative (pce 48 p. 2). S'appuyant sur cette appréciation médicale, l'autorité inférieure, procédant implicitement à une comparaison des revenus en pour-cent, en a déduit que la perte de gain de l'assuré était de 0%, puisque l'activité habituelle était encore exigible à plein temps et qu'il n'y avait de ce fait pas d'invalidité au sens du droit des assurances sociales suisse (cf. à ce sujet arrêt du Tribunal fédéral 8C_249/2010 du 1er juin 2010 consid. 7.2).

10.5.2. Face à cette divergence d'opinion entre le médecin de l'INSS et le service médical de l'OAIE, le Tribunal de céans prend position comme suit. Dans le rapport E 213 du 19 novembre 2008, la Dresse D._____ estime que les troubles handicapants observés chez l'assuré ont été permanents dès le 16 mai 2007 (pce 46 p. 10 n° 11.10) et dresse une longue liste de limitations fonctionnelles qui, selon elle, limiteraient l'assuré dans l'exercice d'une activité lucrative (cf. à ce sujet supra consid. 10.2). Elle ne donne toutefois aucune indication quant aux affections concrètes donnant lieu à ces déficits. Or, il appert que le médecin de l'INSS reprend pour l'essentiel les limitations fonctionnelles décrites par les Drs F._____ et G._____ dans leurs rapports des 9 septembre 2008 et 22 juillet 2009 (cf. supra consid. 10.3.3) et celles rapportées dans l'acte du 30 octobre 2008 émis par les institutions de sécurité sociales espagnoles (cf. supra consid. 10.3.5). Le Tribunal administratif fédéral relève toutefois que les Drs F._____ et G._____ se réfèrent avant tout aux plaintes subjectives de leur patient et ne font pas part d'éléments objectifs particulièrement inquiétants. Par ailleurs, la Dresse D._____ ne mentionne pas l'affection au rachis sous la rubrique des diagnostics principaux (pce 46 p. 8 n° 7) et ne fait pas part de déficits fonctionnels significatifs de l'appareil locomoteur de l'assuré ─ mis à part une boiterie apparemment légère ─ aux chiffres 4.8-4.11 du rapport médical E 213 prévu à cet effet (pce 46 p. 5). Il sied également de relever que l'assuré met avant tout en avant son état de fatigue et non ses troubles dégénératifs à la colonne vertébrale pour fonder son droit à des prestations (pce TAF 1). Dans ces conditions et compte tenu du fait qu'il convient de se prononcer dans la présente affaire au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. supra consid. 7), le Tribunal de céans peut se rallier à l'opinion du service médical de l'OAIE selon laquelle le recourant peut encore exercer à 100% sa profession habituelle de représentant de commerce ou de tenancier de bar. A titre superfétatoire, il sied de souligner que cette question n'est de toute façon pas déterminante en l'espèce, dès lors que même en retenant à titre hypothétique que le recourant ne pourrait plus exercer les deux professions susmentionnées pour des raisons médicales et en procédant pour cette raison à une comparaison des revenus de valide et d'invalide, ce dernier ne parviendrait manifestement pas à un taux d'invalidité ouvrant le droit à une rente (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_176 du 14 juin 2010 consid. 6.2.2). Ainsi, conformément à la jurisprudence (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 232/06 du 25 octobre 2006; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3300/2008 consid. 12.1), il se justifierait en l'espèce de déterminer les revenus avec et sans invalidité sur la base des données de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS)

en 2008, à savoir une année après que les handicaps observés chez l'assuré aient revêti un caractère permanent selon le rapport E 213 du 19 novembre 2008. Le revenu de valide le plus favorable au recourant serait le salaire moyen d'un employé travaillant dans la catégorie "commerce de détail", niveau 3, à savoir Fr. 4'983.- pour 40 h./sem. et Fr. 5'194.78 pour 41.7 h./sem. (temps de travail usuel dans la branche selon l'ESS), étant précisé que les revenus de la catégorie "Hôtellerie et restauration" sont nettement moins élevés. Le revenu d'invalide correspondrait à celui du niveau 4, toute section confondue, à savoir Fr. 4'806.- pour 40 h./sem. et Fr. 4'998.28 pour 41.6 h./sem (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_938/2009 du 23 septembre 2010 consid. 5.2). Or, même en retenant une déduction maximale de 25% pour tenir compte des circonstances particulières du cas d'espèce (75% de 4'998.24 = Fr. 3'748.68; cf. ATF 126 V 78 consid. 5), il apparaîtrait que le recourant n'atteint pas un degré d'invalidité suffisant pour avoir droit à une rente ([{5'194.78 – 3'748.68} x 100] : 5'194.78 = 27.84%).

11.
Quant à l'argument du recourant selon lequel il lui serait impossible de retrouver un emploi au vu des nombreuses affections dont il est victime, il convient de faire les remarques qui suivent. Selon la jurisprudence, chez les assurés actifs, l'invalidité s'évalue en application de la méthode générale, soit par comparaison des revenus sans invalidité et avec invalidité, sur un marché du travail équilibré. Cette dernière notion est théorique et abstraite. Elle 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. D'après ces critères on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner 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 sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 296 consid. 3b et les références). La notion de marché équilibré du travail embrasse également les "emplois de niches", à savoir des places de travail dans lesquelles la personne présentant un handicap doit compter sur une certaine bienveillance et un engagement social de la part de son employeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_775/2009 du 12

février 2010 consid. 4.2.1). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités d'emploi irréalistes, ou se borner à prendre en considération un genre d'activité quasiment inconnu du marché du travail. On ne peut en effet parler d'une activité raisonnablement exigible au sens de l'art. 28 al. 2 LAI dans la mesure où elle n'est possible que sous une forme tellement restreinte que le marché du travail général ne la connaît pratiquement pas ou qu'à la condition de concessions irréalistes de la part d'un employeur (arrêts du Tribunal fédéral I 61/05 du 27 juillet 2005 consid. 4.3 avec références). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêts du Tribunal fédéral 9C_446/2008 du 18 septembre 2008 consid. 3.4 et 9C_236/2008 du 4 août 2008 consid. 4.2). Au vu de cette jurisprudence, il y a lieu de conclure que le marché du travail contient un nombre de place suffisant convenant aux déficits fonctionnels du recourant et cela même si, à titre hypothétique, l'on devait conclure que les limitations fonctionnelles mentionnées dans le rapport E 213 du 19 novembre 2008 étaient déterminantes en l'espèce (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_70/2010 du 9 août 2010 consid. 5.3; 9C_210/2010 du 7 décembre 2010 consid. 3 et 3.4).

12.

Finalement, il sied de relever que l'assuré, dans sa réplique du 31 août 2010 (pce TAF 15), signale l'apparition d'une maladie coronaire qu'il estime incapacitante. Cet événement se rapporte toutefois à un état de fait postérieur à la décision attaquée, de sorte qu'il ne saurait être déterminant en l'espèce (cf. supra consid. 3.2). Dans ces circonstances, il incombe au recourant de présenter une nouvelle demande de révision auprès de l'autorité inférieure avec production d'une documentation médicale idoine susceptible de rendre plausible une aggravation significative de son état de santé. A titre superfétatoire, on observe toutefois que, selon le service médical de l'administration, les documents produits par l'assuré jusqu'à ce jour ne satisfont pas à cette dernière exigence (cf. rapport du Dr K._____ du 26 octobre 2010 [pce 61]).

13.
Au vu de tout ce qui précède, il appert que la décision entreprise doit être confirmée et le recours rejeté.

14.
Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 300.-, sont mis à la charge du recourant débouté (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ce montant est compensé par l'avance de frais du même montant fournie par l'assuré. Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA *a contrario* en relation avec les art. 7 ss FITAF).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est rejeté.

2.
Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 300.-, sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà fournie de Fr. 300.-.

3.
Il n'est pas alloué de dépens.

4.
Le présent arrêt est adressé :

– au recourant (Recommandé avec avis de réception)
– à l'autorité inférieure (n° de réf.)
– à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président du collège : Le greffier :

Vito Valenti Yannick Antoniazza-Hafner

Indication des voies de droit :

Le présent arrêt peut être attaqué devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 44 ss, 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :