Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Cour III
C-96/2011

Arrêt du 15 décembre 2011

Composition

Vito Valenti (président du collège),
Madeleine Hirsig-Vouilloz et Francesco Parrino, 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 30 novembre 2010).

Faits :

A.
Le recourant A._____, ressortissant espagnol né le […] 1957, travaille en Suisse pendant plusieurs périodes d'assurance de 1980 à 1984 dans une entreprise de construction (pces 3 p. 2; 6). De retour en Espagne, il œuvre dès fin 1997 trois mois par années à plein temps pour le compte d'une société spécialisée dans la production d'huile d'olive (pce 9) et travaille également le reste de l'année en tant que maçon pour divers employeurs (pces 2; 10 p. 1 n° 2; 15 p. 2 n° 3.4). Mis en arrêt de travail pour cause de maladie le 3 février 2009, il cesse dès lors d'exercer toute activité lucrative pour des raisons de santé (pces 1 p. 2 n° 7; 9 p. 2 n° 9; 10 p. 3 n° 7a; 20; 25). Le 29 avril 2010 (pce 1 p. 7 n° 14), il dépose auprès de l'Institut national de la sécurité sociale espagnole (ci-après: INSS) une demande de prestations adressées aux institutions de sécurité sociale suisses. L'INSS transmet la requête à l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (ci-après: OAIE) pour compétence. Par ailleurs, les institutions de sécurité sociale espagnoles mettent l'intéressé au bénéfice d'une rente d'invalidité dès le 7 juin 2010 pour cause d'incapacité de travail totale (pces 8; 24).

B.
Lors de la procédure d'examen de la demande, l'OAIE recueille divers renseignements économiques et médicaux dont notamment des certificats des 23 mars 200[7/9?] (pce 12; on note que le dernier chiffre de l'année est difficilement lisible), 16 mai 2009 (pce 13), 8 septembre 2009 (pce 14) et 12 mai 2010 (pce 15 [rapport médical E 213]), un questionnaire pour l'employeur du 24 août 2010 (pce 9) et un questionnaire à l'assuré du 26 août 2010 (pce 10). Le rapport E 213 précité pose notamment les diagnostics de lombalgies chroniques, de spondylarthrose, d'affection radiculaire L4-L5 chronique de dégré modéré à sévère et de polyneuropathie sensitive démyélinisante de degré très léger dans les membres inférieurs. Il est indiqué que l'assuré ne peut plus effectuer son activité habituelle mais qu'il est par conte en mesure d'accomplir un travail adapté à plein temps.

C.
Le 30 septembre 2010 (pce 18), l'OAIE, s'appuyant sur un rapport de son service médical du 28 septembre 2010 (pce 17; diagnostics retenus avec répercussion sur la capacité de travail: spondylarthorse lombaire avec lombalgies sans radiculopathie d'accompagnement; évaluation de l'incapacité de travail: 30% dans l'activité habituelle, 0% dans une activité

de substitution), 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 d'au moins 40%, 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.
L'intéressé, par courrier parvenu à l'OAIE le 27 octobre 2010 (pces 19 et 20 p. 1), produit des actes des institutions de sécurité sociale espagnoles des 5 mars 2009 (pces 20 p. 1-3; 20 p. 4 [deux documents datés du même jour]) et 29 avril 2010 (pce 22) ainsi qu'une liste de médicaments du 31 août 2010 (pce 21 p. 1-2).

E.
Par décision du 30 novembre 2010 (pce 23), l'autorité inférieure rejette la demande de prestations de l'assuré en reprenant la motivation du projet de décision.

F.
Par acte du 4 janvier 2010 (pce TAF 1 envoyée également à l'autorité inférieure [cf. pces 27-28]), l'intéressé défère la décision précitée au Tribunal administratif fédéral. Il souligne qu'il perçoit une rente d'invalidité en Espagne pour un taux supérieur à 40% et demande à l'autorité judiciaire d'examiner à nouveau son dossier. En outre, il verse à la cause un rapport médical du 24 décembre 2010 (pce 26) et deux actes des institutions de sécurité sociale espagnoles (pces 24-25).

G.
Par décision incidente du 4 février 2011 (pce TAF 2), 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. 400.-, sous peine d'irrecevabilité du recours. Le recourant répond qu'il dispose de ressources financières limitées et demande à être exonéré des frais de procédure (courrier du 4 mars 2011 [pce TAF 4]).

Par décision incidente du 28 mars 2011 (pce TAF 5), le Tribunal administratif fédéral annule l'acte précité du 4 février 2011. Il invite également le recourant, jusqu'au 12 mai 2011, à remplir le formulaire "Demande d'assistance judiciaire" en y joignant les moyens de preuve

requis et à retourner ces documents au Tribunal de céans. Le recourant donne suite à cette décision par courrier du 27 avril 2011 (pce TAF 8).

H.
Invitée à se déterminer sur le recours, l'autorité inférieure, dans son préavis du 19 mai 2011 (pce TAF 9), ne décèle aucun motif lui permettant de remettre en cause ses conclusions antérieures. Elle indique notamment que son service médical, sur la base des actes versés au dossier, a estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail de 30% dans sa dernière activité ce qui serait insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité selon les dispositions y relatives du droit suisse. Par ailleurs, elle relève qu'elle n'est pas liée par les décisions d'octroi de rente que des institutions de sécurité sociale étrangères ont rendues.

I.
Par ordonnance du 13 juillet 2011 (pce TAF 10), notifiée à l'assuré le 18 juillet 2011 (pce TAF 11 [avis de réception]), le Tribunal administratif fédéral impartit au recourant un délai jusqu'au 15 septembre 2011 pour répliquer. Dans le même délai, il l'invite à se prononcer sur une comparaison des revenus concernant l'hypothèse où ce dernier ne pourrait plus exercer son activité habituelle d'ouvrier agricole/maçon mais, par contre, serait à même d'accomplir tout autre travail compatible avec les limitations fonctionnelles retenues par le médecin de l'INSS. L'assuré renonce à se déterminer dans le délai imparti.

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.
Le recourant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1er juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen (cf. aussi art. 80a, de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Ainsi, conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 (RS 0.831.109.268.1), les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant 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 (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71 précité; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

3.

3.1. 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 les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid.

4.3 et les références). En l'occurrence, les dispositions de la 5ème révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 sont seules applicables vu le dépôt de la demande de prestations en date du 29 avril 2010.

3.2. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 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. Concrètement le Tribunal peut donc se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 29 octobre 2010 (6 mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 30 novembre 2010, 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, 28a, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total (pce 6) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. 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). 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 (art. 7 LPGA). 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 (art. 28 al. 2 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (lettre a), présente une incapacité

de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b) et, au terme de cette année, est invalide (lettre c). Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_757/2010 du 24 novembre 2010 consid. 4.1 et les références citées).

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 exigé 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. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les references citées).

7.
Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA), l'administration et, en procédure de recours, le juge constatent les faits d'office, avec la collaboration des parties et administrent les preuves nécessaires (cf. ATF 125 V 193 consid. 2 p. 195). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282). La portée du principe inquisitoire est cependant restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 122 V 157 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3). 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, 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.
En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité dans la période déterminante, singulièrement sur le point de savoir si les affections dont il est victime ont pu entraîner une incapacité de travail pendant une durée suffisamment longue et avec l'intensité requise pour ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

10.
A titre liminaire, il sied d'emblée de préciser ce qui suit.

10.1. Selon les dispositions topiques et la jurisprudence, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (cf. supra consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003). 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 aient reconnu le droit à une rente d'invalidité.

10.2. 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'intéressé 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).

10.3. Finalement, il ressort du dossier que l'assuré a travaillé trois mois par année à plein temps pour une entreprise spécialisée dans la production d'huile d'olive et qu'il était le reste du temps actif pour divers employeurs dans la construction (cf. pces 2; 10 p. 1 n° 2; 15 p. 2 n° 3.4). S'il est vrai que les actes de la cause ne contiennent que très peu d'indications quant à l'activité de maçon, notamment en ce qui concerne les heures accomplies à ce titre, rien au dossier ne permet de retenir que l'assuré aurait travaillé à temps partiel pour s'occuper des travaux ménagers ou que, de son propre choix, il aurait décidé, avant l'atteinte à la santé, de ne pas accomplir un horaire à temps complet pendant toute l'année pour s'adonner à ses loisirs (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_472/2011 du 21 octobre 2011 consid. 4; 9C_371/2008 du 2 février 2009 consid. 3; voire également pce 10 p. 2 n° 5b où l'assuré indique, sans aucune réserve, qu'il travaillait à temps complet; non réaction de l'assuré à l'ordonnance du 13 juillet 2011 [pce TAF 10], dans laquelle le Tribunal de céans part du principe que l'intéressé, sans atteinte à la santé, aurait travaillé à 100% pendant toute l'année). Dans ces circonstances, le Tribunal administratif fédéral ne voit pas de motifs suffisants pour remettre en question l'avis de l'autorité inférieure ─ par ailleurs tout à fait favorable au recourant ─, selon lequel celui-ci aurait œuvré à 100% sans interruption dans la période déterminante. Il y a donc lieu de retenir que le statut de l'assuré est celui d'une personne active travaillant à temps complet.

11.
Cela étant, force est de constater qu'autant la Dresse B._____, de

l'INSS, que la Dresse C._____, de l'OAIE, s'accordent à retenir que le recourant est à même d'exercer à plein temps une activité adaptée.

11.1. Ainsi, la première praticienne citée a examiné l'assuré en date du 3 mai 2010 (pce 15 p. 2 n° 2.1). Dans un rapport E 213 du 12 mai 2010, elle relève dans la rubrique "histoire clinique" que ce dernier suit des traitements pour diabète mellitus, haute tension artérielle et hypercholestérolémie (pce 15 p. 3.1). Mentionnant qu'il se plaint d'une lombosciatique droite qui ne s'améliore pas malgré le suivi en cours ainsi que d'une épaule douloureuse (pce 15 p. 2 n° 3.2 et p. 7 n° 6), elle pose les diagnostics de lombalgies chroniques, de spondylarthrose, d'affection radiculaire L4-L5 chronique de grade modéré-sévère et de polyneuropathie sensitive démyélinisante de degré très léger dans les membres inférieurs. Selon elle, l'assuré présente des déficits fonctionnels limités à l'accomplissement de tâches qui requièrent des efforts ou une surcharge de la colonne lombaire (pce 15 p. 8 n° 8). Elle en infère que celui-ci n'est plus en mesure d'effectuer son activité habituelle mais qu'en revanche une activité de substitution n'exigeant pas le transport et le port de charges fréquents est exigible de sa part à plein temps. Elle cite à titre d'exemple les professions de gardien ou d'employé de bureau (pce 15 p. 9-10).

11.2. Pour sa part, la Dresse C._____, du service médical de l'OAIE, retient, dans une prise de position du 28 septembre 2010 (pce 17), les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de spondylarthrose lombaire avec lombalgies sans radiculopathie d'accompagnement et un diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de diabète insulino-dépendant sans complication avérée. Elle relève que, selon l'IRM du 16 mai 2009, l'intéressé présente des troubles dégénératifs modérés au niveau de la colonne lombaire et que le rapport du 8 septembre 2009 établi par la Dresse D._____ ne fait pas part de radiculopathie. Sur la base de ces constats, elle estime que l'intéressé présente une incapacité de travail de 30% dans son activité habituelle et une incapacité de travail de 0% pour un travail adapté.

11.3. Dans ce contexte, force est de constater que rien au dossier ne permet d'ébranler le bien-fondé de ces évaluations concordantes quant à l'exigibilité d'une activité adaptée.

11.3.1. Ainsi, dans un rapport relativement ancien du 23 mars 200[7/9?] (pce 12; on note que le dernier chiffre de l'année difficilement lisible), le Dr E._____ pose les diagnostics de discopathie dégénérative L4-L5,

d'arthrose généralisée, de fibromyalgie, d'insuffisance veineuse chronique, de syndrome dépressif et de cervicarthrose. Il souligne que l'ensemble de ces affections entraîne une compromission importante de la capacité fonctionnelle de l'assuré. Il appert toutefois que les diagnostics de fibromyalgie, de syndrome dépressif et d'insuffisance veineuse, qui sont mentionnés succinctement dans ce rapport comme trois affections parmi d'autres et sans aucune motivation, n'ont pas été repris par la suite par le corps médical (cf. rapports des 16 mai 2009 [pce 13], 8 septembre 2009 [pce 14], 12 mai 2010 [pce 15; rapport E 213], 28 septembre 2010 [pce 17] et 24 décembre 2010 [pce 26]). Ils ne sauraient donc être considérés comme pertinents pour la période déterminante. Dans ces conditions, le rapport précité du 23 mars 2007/2009 revêt une valeur probante limitée, d'autant que le Dr E._____ reste peu précis et ne prend pas position sur la capacité de travail de l'assuré dans un travail adapté. Il n'est donc pas de nature à remettre en question l'avis des Dresses B._____ et C._____ quant à l'exigibilité d'une activité adaptée,

11.3.2. Il en va de même des rapports des 16 mai 2009 (pce 13) et 8 septembre 2009 (pce 14).

En effet, suite à la réalisation d'une imagerie par résonance magnétique (ci-après: IRM), le Dr F._____, dans le premier certificat cité, fait part d'une accentuation de la lordose lombaire, de corps vertébraux maintenus dans leur taille et alignement, de modifications hypertrophiques et discopathies dégénératives généralisées, de pincement intersomatique lombosacré faisant apparaître une petite protrusion discale sous-ligamentaire, d'hypertrophie facettaire qui diminue les foramens au niveau L4-L5, d'un diamètre du canal médullaire dans la norme, de tissus mous paravertébraux sans lésion apparente. Par ailleurs, dans un rapport du 8 septembre 2009 (pce 14), la Dresse D._____ retient le diagnostic de lombalgies chroniques et mentionne, dans la rubrique "antécédents personnels", que l'assuré souffre de diabète, type 2. Elle relève que le patient se plaint d'une péjoration par rapport à la situation ayant existé une année auparavant. Selon elle, ce dernier doit réaliser à son domicile les exercices enseignés et respecter le protocole de positions adaptées afin de prévenir les douleurs dans sa vie quotidienne. Elle signale également qu'elle n'a pas fixé de rendez-vous pour un nouvel examen.

Ces deux certificats ne contiennent donc aucun élément objectif suffisamment probant pour remettre en cause l'exigibilité d'une activité

adaptée retenue par les médecins de l'INSS et de l'OAIE. Tel est aussi le cas de l'acte des institutions de sécurité sociale espagnoles du 15 avril 2010 (pce 8) qui se borne à retenir chez l'assuré des limitations organiques et fonctionnelles de l'appareil locomoteur pour cause de lombosciatique droite et de spondylarthrose lombaire.

11.3.3. On note également qu'une liste de médicaments du 31 août 2010 (pce 21) fait apparaître que, pour une durée de 100 jours, divers médicaments ont été prescrits à l'assuré pour le traitement de son diabète et de ses douleurs dont notamment un anti-inflammatoire (Acetilsalicilico Acido), deux analgésiques (Tramadol; Metamizol) et un anxiolytique (Diazépam). Or, cette liste succincte de médicaments ─ qui notamment ne contient aucune indication autant sur le plan diagnostic que clinique ─ n'est pas suffisante pour rendre plausible, au niveau de la vraisemblance prépondérante valable en droit des assurances sociales, la présence d'une incapacité de travail de l'intéressé dans une activité de substitution. On précisera que le simple fait qu'un anxiolytique, à savoir du Diazépam (cf. pce 21 p. 1), ait été prescrit à l'assuré en 2010, ne suffit pas à conclure que celui-ci souffre d'une maladie psychiatrique incapacitante dans le sens de la LAI, d'autant que la Dresse B._____, en pleine connaissance de cette médication, n'a pas retenu de diagnostics au niveau psychique (cf. pce 15 p. 2 n° 3.3, p. 3 n° 4.1 et p. 8 n° 7 [rapport médical E 213 du 12 mai 2010]) et qu'il ne ressort pas du dossier que les médecins traitant de l'intéressé ont jugé nécessaire de soumettre ce dernier à un suivi psychiatrique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_458/2011 du 2 novembre 2011 consid. 5.3).

11.3.4. Finalement, le Dr G._____, dans un rapport du 24 décembre 2010 (pce 26), indique succinctement que l'assuré souffre d'un pincement léger en L5-S1, de lombalgies chroniques, de mircroalbuminurie, de bradycardie sinusale, de dyslipémie, d'haute tension artérielle et de diabète mellitus, type 2. Il sied toutefois de relever que ce certificat ─ outre le fait qu'il se borne à dresser une liste de diagnostic sans aucun commentaire d'ordre médical ─ est postérieur à l'acte attaqué sans qu'il se réfère à l'état de santé antérieur de l'assuré. Pour cette raison déjà, il ne saurait donc être déterminant pour juger de l'état de santé du recourant dans la période déterminante (cf. supra consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_849/2009 du 18 mai 2010; ATF 99 V 98 consid. 4). Quoiqu'il en soit, on note qu'il n'apporte rien de nouveau au niveau de l'affection lombaire, puisque les lombalgies chroniques et le pincement léger en L5-S1 avaient déjà été relevés dans la documentation médicale antérieure (cf. rapport du 8 septembre 2009 [pce 14 p. 1 in fine]). Cela

vaut également pour le diabète mellitus de type 2, l'haute tension artérielle et la dyslipémie (cf. le rapport E 213 du 12 mai 2010 mentionnant notamment un diabète bien contrôlé [pce 15 p. 2 n° 3.1 et p. 7]). Quant à la bradycardie sinusale et la présence de microalbuminure nouvellement mises en évidence, rien ne permet de penser que ces atteintes ont un caractère incapacitant, d'autant que le recourant n'a versé aucun moyen de preuve probant à ce titre (cf. supra consid. 7) et qu'aucun médecin n'a fait part d'une invalidité y afférente.

11.4. Au vu de l'ensemble de ces éléments, le Tribunal administratif fédéral peut donc se rallier à l'avis des Dresses B._____ et C._____ et conclure qu'à tout le moins, l'assuré a présenté dans la période déterminante une capacité de travail complète dans une activité adaptée ne demandant pas le port et le transport de charges telle que celle de gardien ou d'employé de bureau.

12.

12.1. Il subsiste cependant une divergence d'opinion entre le médecin de l'INSS et celui de l'OAIE quant à l'exigibilité de l'activité habituelle. Alors que la Dresse B._____ juge celle-ci incompatible avec les affections dont souffre le recourant, la Dresse C._____ estime qu'une telle activité est encore exigible de la part de l'assuré à un taux de 70%, notamment en déniant la présence d'une radiculopathie d'accompagnement chez l'assuré (cf. supra consid. 11.1 s.). Il est vrai que ce dernier avis paraît discutable au vu des actes versés au dossier et ne saurait sans autre être confirmé par le Tribunal de céans. Ce point peut toutefois rester indécis. En effet, même en se ralliant à l'avis le plus favorable à l'assuré émis par la Dresse B._____ et en se basant sur des paramètres des plus profitables à ce dernier (en retenant pour le salaire de valide un niveau de qualification 3; en se fondant sur le salaire mensuel d'un ouvrier travaillant dans l'industrie alimentaire sur 12 mois pour déterminer le salaire de valide [plus avantageux que celui d'un maçon] et en appliquant un abattement sur le revenu d'invalide très généreux de 15% pour motifs personnels et professionnels; cf. aussi supra consid. 10.3), force est de constater que le recourant ne présente pas un taux d'invalidité suffisant pour ouvrir le droit à une rente (cf. à ce sujet arrêt du Tribunal fédéral 9C_394/2010 du 24 février 2011 consid. 3.5). A cet égard, il convient d'apporter les précisions qui suivent, étant relevé que, par ordonnance du 13 juillet 2011 (pce TAF 10), le Tribunal administratif fédéral a procédé à titre hypothétique à la comparaison des revenus décrite ci-après et donné au recourant la

possibilité de s'exprimer en la matière; or, on note que l'assuré a renoncé à se déterminer dans le délai imparti (cf. supra let. I).

12.2. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu gagner 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. Le gain d'invalide est une donnée théorique et 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 (arrêts du Tribunal fédéral I 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6.1 et I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 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 février 2010, une année après l'apparition de l'atteinte à la santé (cf. supra let. A et consid. 5). En outre, l'autorité est tenue d'effectuer la comparaison de revenus sur le même marché du travail (ATF 110 V 276 consid. 4b). S'agissant d'assurés étrangers 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 l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS; cf. http://www.bfs.admin.ch /bfs/portal/fr/index/themen/03/04.html) peuvent aussi servir à fixer le montant des revenus que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (cf. ATF 110 V 273 consid. 4b; arrêts du Tribunal fédéral I 215/04 du 4 mai 2005; I 321/05 du 28 octobre 2005), étant précisé que comme les données ESS 2010 ne sont pas encore connues, il convient de se référer in casu aux données ESS 2009. L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalide 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 pas à ce titre de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 78 consid. 5).

12.3. Selon les rémunérations retenues par l'ESS en 2008, le revenu d'un salarié avec des connaissances professionnelles spécialisées (niveau de qualification 3) dans le secteur "industrie alimentaire et boisson" se monte en moyenne à Fr. 5'644 pour 40 h./sem. En adaptant ce montant au nombre d'heures hebdomadaires effectuées en moyenne en 2009 (42.2 h./sem.) et à l'augmentation des salaires en 2009 (+ 1.5%), on obtient en l'espèce un revenu de valide de Fr. 6'043.74. En ce qui concerne le revenu d'invalide, il convient de se référer au revenu moyen réalisé en 2008 par un salarié dans des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4), toute profession confondue, à savoir Fr. 4'806,- pour 40 h./sem. En adaptant ce revenu au nombre d'heures hebdomadaires effectuées en moyenne en 2009 (41.7 h./sem.) et à l'augmentation des salaires en 2009 (+ 2.1%), on aboutit à un salaire d'invalide de Fr. 5'115.47. Ce montant est encore réduit de façon très généreuse de 15% pour tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles du cas d'espèce (85% de 5'115.47 = Fr. 4'348.15). La comparaison du revenu de valide au revenu d'invalide fait ainsi apparaître un préjudice économique de 28 % ([{6'043.74 – 4'348.15} x 100] : 6'043.74), ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Il appert par conséquent que la décision entreprise doit être confirmée et le recours rejeté.

13.
Compte tenu du fait que, sur la base des actes de la cause, le recourant apparaît actuellement sans ressources financières suffisantes (pce TAF 8; voire aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_147/2011 di 20 juin 2011 concernant la réserve de secours) et que les conclusions du recours ne semblaient pas d'emblée vouées à l'échec, le Tribunal de céans admet la demande d'assistance judiciaire partielle. Il n'est donc pas perçu de frais de procédure (art. 65 PA).

14.
Vu l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA a contrario en relation avec les art. 7 ss FITAF; voire aussi arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2911/2009 du 18 avril 2011 consid. 11).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est rejeté.

2.
La demande d'assistance judiciaire partielle est admise. Il n'est donc pas perçu de frais de procédure.

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 fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :