Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Cour III
C-7181/2010

Arrêt du 25 mai 2012

Composition

Vito Valenti (président du collège),
Madeleine Hirsig-Vouilloz et Beat Weber, 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 31 août 2010).

Faits :

A.
Le recourant A._____, ressortissant espagnol né le […] 1955, travaille en Suisse pendant plusieurs périodes d'assurance de 1968 jusqu'en 1992 pour divers employeurs (cf. pce 3 p. 2 [formulaire E 207 faisant part d'une activité en Suisse dès janvier 1968]; pce 7 [relevé du compte individuel indiquant l'obtention de salaires bruts en Suisse de 1974 à 1992]). De retour en Espagne, il oeuvre à plein temps en qualité de maçon jusqu'au 10 août 2004, date à laquelle il est victime d'un accident de la route (pces 11, 12, 21 p. 2 n° 3.4.3). Présentant des troubles dégénératifs importants au rachis, il dépose le 16 mai 2006 une demande de prestations auprès de l'Institut national de la sécurité sociale espagnol (ci-après: INSS) qui, par mégarde (pce 5 [lettre explicative de l'INSS à l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger {ci-après: OAIE} du 23 novembre 2009]), ne transmet pas la requête aux autorités suisses. Suite à une deuxième demande de l'assuré en date du 4 novembre 2009 (pce 1 p. 7 n° 14), l'INSS transmet la requête à l'OAIE.

B.
Dans le cadre de l'examen de la demande, l'administration recueille divers renseignements économiques et médicaux dont notamment des certificats médicaux des 10 août 2004 (pce 13), 15 septembre 2004 (pces 14-16 [trois rapports datés du même jour]), 15 octobre 2004 (pces 17-18 [deux rapports datés du même jour]), 3 novembre 2005 (pce 19), 28 juin 2008 (pce 20) et 19 novembre 2009 (pce 21 {rapport médical E 213}) ainsi qu'un questionnaire à l'assuré et un questionnaire à l'employeur datés du 27 janvier 2010 (pces 11-12).

C.
Le 19 mars 2010 (pce 24), l'OAIE, s'appuyant sur une prise de position de son service médical du 10 mars 2010 (pce 23), 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; malgré l'atteinte à la santé, l'exercice d'une activité lucrative, y compris l'activité habituelle, 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 acte daté du 28 avril 2010 (pce 27), l'intéressé s'oppose au projet de

décision. Faisant valoir ses affections, il s'estime incapable d'exercer une quelconque profession. Il produit un rapport médical du 23 avril 2010 (pce 26) et un jugement des autorités judiciaires espagnoles du 9 mars 2007 (pce 25).

E.
Après avoir derechef soumis les actes de la cause à l'appréciation de son service médical (cf. prise de position du 21 mai 2010 [pce 30]) et effectué une comparaison des revenus (acte du 21 juin 2010 [pce 31]), l'OAIE, dans un deuxième projet de décision du 29 juin 2010 (pce 32), informe l'intéressé que, suite à une nouvelle évaluation des pièces au dossier, il ressort qu'il existe dans l'exercice de la dernière activité lucrative une incapacité de travail de 60%. En revanche, l'assuré serait à même d'accomplir une activité plus légère à plein temps avec une perte de gain de 22%, ce qui exclurait le droit à la rente. L'administration impartit à l'assuré un délai de 30 jours pour déposer ses observations.

F.
Par décision du 31 août 2010 (pce 33), l'autorité inférieure rejette la demande de prestations de l'intéressé en reprenant la motivation du deuxième projet de décision.

G.
Le 7 septembre 2010 (pce 34), l'OAIE reçoit une écriture datée du 28 août 2010 dans laquelle l'assuré fait part de son désaccord quant au deuxième projet de décision. Par acte du 17 septembre 2010 (pce 35), l'OAIE indique à l'intéressé qu'il ne peut pas prendre en considération son écrit qui lui est parvenu au-delà du délai imparti et après qu'une décision a été prononcée. L'administration précise que s'il n'est pas d'accord avec le projet décision, il lui incombe d'interjeter recours auprès du Tribunal administratif fédéral conformément aux indications contenues dans la décision du 31 août 2010.

H.
Par acte du 1er octobre 2010, l'intéressé défère la décision précitée au Tribunal de céans en réitérant les arguments développés devant l'autorité inférieure (pce TAF 1). Il produit différents documents déjà versés au dossier.

I.
Par décision incidente du 15 octobre 2010 (pce TAF 2), le Tribunal administratif fédéral 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 sur le compte du Tribunal en date du 15 novembre 2010 (pce TAF 5).

J.
Invitée à se déterminer sur le recours, l'autorité inférieure, dans son préavis du 17 janvier 2011 (pce TAF 6), confirme les tenants et aboutissants de la décision entreprise.

K.
Appelé à répliquer par ordonnance du 2 février 2011 (pce TAF 7), notifiée le 8 février 2011 (pce TAF 8 [avis de réception]), l'assuré renonce à déposer ses observations 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'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. a 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. art. 80*a* LAI; concernant les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009, on note que ceux-ci sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1er avril 2012). Ainsi, conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 (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.

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 l'application du nouveau droit n'a, en l'espèce, aucune incidence sur le droit à la rente objet du présent litige (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_942/2009 du 15 mars 2010 consid. 3.1). En revanche, ne sont pas applicables les dispositions de la 6ème révision de ladite loi en vigueur dès le 1er janvier 2012. Eu égard au fait que l'atteinte à la santé a eu lieu in casu le 10 août 2004 et que la demande de prestations a été déposée auprès des autorités espagnoles le 16 mai 2006, les dispositions citées dans le présent arrêt sont, sauf mention contraire, celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

Dans ce contexte, on précisera que les institutions de sécurité sociale espagnoles ont reconnu ne pas avoir réagi à une première demande de prestations de l'assuré datée du 16 mai 2006 et n'avoir fait suivre la requête auprès des autorités suisses qu'après avoir reçu une deuxième demande de prestations en date du 4 septembre 2009 (cf. acte du 23 novembre 2009 [pce 5]). Or, cette omission de la part des autorités espagnoles ne saurait en l'espèce prétériter les droits de l'assuré et il convient de prendre comme date de référence pour le dépôt de la requête celle du 16 mai 2006 (cf. art. 86 al. 1 du Règlement [CEE] N° 1408/71 susmentionné; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-5284/2009 du 10 février 2012 consid. 2.4; C-2658/2010 du 20 avril 2011 consid. 4.2).

3.2. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) 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 16 mai 2005 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 31 août 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 et ATF 121 V 362 consid. 1b).

4.
Selon les normes applicables jusqu'au 31 décembre 2007, 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). Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total (pce 7) 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). 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 ré-

adaptation 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). Vu le caractère dégénératif de l'atteinte en cause dans la présente affaire, la lettre b de cette disposition trouve application in casu.

6.

6.1. Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré. 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, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

6.2. La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces cri-

tères 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 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 très 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; 9C_236/2008 du 4 août 2008 consid. 4.2; 8C_418/2011 du 27 juillet 2011 consid. 3.2).

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). La portée du principe inquisitoire est cependant restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 157 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonna-

blement 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. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_439/2010 du 27 février 2012 consid. 5.2 et les références citées).

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.
Sur le plan formel, il sied de relever que par deuxième projet de décision du 29 juin 2010 (pce 32), l'administration a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande de prestations, motifs pris qu'il présentait un taux d'invalidité de 22% insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Elle l'a invité à former ses objections par écrit dans un délai de 30 jour dès réception dudit acte en y joignant les moyens de preuve jugés utiles. Par la suite, elle a rendu une décision de rejet de rente le 31 août 2010 (pce 33) avant d'avoir reçu, le 7 septembre 2010 (pce 35), la réponse de l'assuré au projet de décision (pce 34) qui porte la date du 28 août 2010. Dans un écrit du 17 septembre 2010 (pce 35), l'OAIE a réagi à ce document en informant l'assuré que les observations relatives à son projet de décision du 29 juin 2010 lui étaient parvenues au-delà du délai imparti de sorte qu'il ne pouvait pas en tenir compte et qu'il lui incombait d'interjeter recours contre la décision du 31 août 2010 s'il en contestait le bien-fondé.

Cette manière de procéder prête le flanc à la critique. En effet, selon l'art. 38 al. 4 let. b LPGA, les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement. Compte tenu de cette disposition, il appert que l'administration a prononcé la décision entreprise de façon prématurée puisque, à supposer que l'assuré ait reçu le projet de décision relativement rapidement le 2 août 2010 (quatre jours après la date dudit acte), le délai pour déposer les observations éventuelles serait arrivé à échéance le 2 septembre 2010. Quoiqu'il en soit, cet état de fait ne saurait être déterminant pour l'issue de la cause. En effet, d'une part, le recourant n'a nullement contesté que son écrit était tardif, ce qui n'est pas impossible en l'espèce vu que l'écriture a été reçue par l'administration le 7 septembre 2010 seulement et que l'on ignore à quelle date le projet de décision a été réceptionné par l'assuré ainsi que le jour où ce dernier a remis à la Poste espagnole ses objections, étant précisé que le recourant porte le fardeau de la preuve sur ce dernier point (cf. arrêt du Tribunal administratif fédéral C-1074/2009 du 9 juin 2009 consid. 4.3 et les références citées). D'autre part, s'il est vrai que la possibilité de réagir à un projet de décision constitue un droit de procédure fondamental de l'assuré auquel il ne peut être remédié en procédure de recours qu'avec grande retenue (cf. ATF 134 V 97 consid. 2.9.2; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3219/2010 du 16 mars 2012 consid. 4 et les références citées), on note que les circonstances particulières du cas concret permettraient de faire une exception à ce principe dans l'hypothèse où une violation du droit d'être entendu devait être retenue in casu. En effet, on observe qu'un premier projet de décision du 19 mars 2010 (pce 24) a été prononcé dans la présente affaire, ce qui a permis au recourant de faire valoir valablement ses arguments devant l'administration avant qu'une décision soit rendue. Par ailleurs, les objections de l'assuré datées du 28 août 2010 (pce 34) se limitent à reprendre tel quel ce que l'intéressé avait déjà dit en réponse au premier projet de décision du 19 mars 2010 sans que de nouvelles pièces médicales n'aient été produite en annexe. Au vu de l'ensemble de ces circonstances, il y aurait donc lieu de considérer qu'une éventuelle violation du droit d'être entendu devrait être considérée comme réparée devant le Tribunal de céans (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_267/2010 du 24 août 2010 consid. 4.3), d'autant plus que le recourant n'a jamais demandé que le Tribunal administratif fédéral casse la décision attaquée pour une raison formelle, mais, bien plutôt, a requis le prononcé d'un jugement quant au fond.

10.

Sur le plan matériel, le litige porte sur le droit du recourant à une rente

d'invalidité, singulièrement sur le taux d'invalidité à retenir. Dans ce contexte, il est admis que le recourant souffre de troubles dégénératifs importants de la colonne vertébrale.

11.
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 doit être prise en considération (art. 40 du Règlement [CEE] n° 574/72 en vigueur jusqu'au 31 mars 2012). Il n'est donc pas en soi déterminant que les institutions de sécurité sociale espagnoles ait reconnu à l'intéressé le droit à des prestations pour cause d'incapacité permanente totale dans sa profession habituelle (cf. pces 1 p. 4; 25). 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).

12.
En l'occurrence, la documentation versée au dossier se compose notamment des pièces suivantes.

12.1. Un rapport médical du 10 août 2004 effectué au service des urgences de l'Hôpital B._____ indique que l'assuré a subi un accident de circulation (pce 13 dont le contenu est en grande partie illisible).

12.2. Différents documents établis suite à la réalisation d'imageries médicales font part de troubles dégénératifs au rachis avec hernies et protrusions discales (cf. trois certificats datés du 15 septembre 2004 [pce 14 relative à une imagerie par résonnance magnétique {ci-après: IRM} de la colonne lombo-sacrée; pce 15 relative à une IRM de la colonne cervicale

et pce 16 relative à un scanner cervical]). Par ailleurs, le dossier est complété par deux électromyographies (ci-après: EMG) des 15 octobre 2004 (pces 17-18) et 3 novembre 2005 (pce 19).

12.3. Un jugement du 9 mars 2007 rendu par les autorités judiciaire espagnoles met l'assuré au bénéfice d'une rente AI pour cause d'incapacité de travail permanente totale (pce 25).

12.4. Dans un rapport du 28 juin 2008 (pce 20), le Dr C._____ estime que les troubles dégénératifs au rachis dont est victime l'assuré l'empêche d'accomplir sa profession habituelle de maçon et également d'autres activités moins lourdes qui requièrent des efforts répétés avec répercussion sur le rachis.

12.5. Dans un rapport médical E 213 du 19 novembre 2009, la Dresse D._____ relève que, suite au jugement de mars 2007, les diagnostics de haute tension et de broncho-pneumopathie chronique obstructive (ci-après: BPCO) se sont ajoutées aux affections déjà connues. Elle est d'avis que l'assuré présente les déficits fonctionnels mentionnés dans le jugement précité de mars 2007 (pce 21 p. 8 n° 8).

12.6. Un rapport du 23 avril 2010 (pce 26, signée par la Dresse F._____) produit par l'assuré suite au projet de décision du 19 mars 2010 mentionne nouvellement les diagnostics de trouble vertigineux et de dépression.

12.7. Appelé à se déterminer sur la documentation produite, le Dr E._____, de l'OAIE, relève que seule l'atteinte vertébrale engendre une incapacité de travail chez l'assuré estimée à 60% dans l'activité de maçon et à 0% dans une activité adaptée (prise de position du 21 mai 2009 [pce 30; voire aussi pce 23 [rapport antérieur de ce même médecin du 10 mars 2010 {pce 23}]).

13.
Cela étant, le Tribunal de céans prend position comme suit.

13.1. Dans le rapport médical E 213 du 19 novembre 2009, la Dresse D._____, en pleine connaissance de l'anamnèse (pce 21 p. 2 n° 3.1), du traitement suivi par l'assuré (pce 21 p. 2 n° 3.3) ainsi que des plaintes rapportées par celui-ci (cf. pce 21 p. 2 n 3.2) et après avoir effectué un examen personnel de l'intéressé le 19 novembre 2009 (pce 21 p. 2 n° 2.1), pose les diagnostics de hernies discales C5-C6 et C6-C7 avec

dénervation chronique C6 et C8 droite, L5 gauche modérée et S1 gauche légère, de hernie discale L2-L3, de protrusion L4-L5, de discopathie dégénérative L5-S1 sévère, d'hypertension et de BPCO en traitement (doc 21 p. 8 n° 7). Ne faisant aucune remarque quant à l'état mental et émotionnel de l'assuré (pce 21 p. 3 n° 4.1), elle relève que ce dernier se plaint de céphalées qui cèdent à la prise sporadique d'antalgique et qui ne nécessitent pas de suivi spécifique (pce 21 p. 3 n° 4.2.3). En outre, elle signale que l'intéressé est suivi en pneumologie pour cause de BPCO et précise à cet effet que, selon l'assuré, il a été traité en urgence pour dyspnée qui a cédé avec l'optimalisation du traitement thérapeutique; elle ajoute que les soins donnés consistent en une aérosolthérapie par nébulisation qui n'est pas documentée et qui n'a pas requis d'hospitalisation (pce 21 p. 3 n° 4.4). Au niveau du cœur, elle signale une haute tension artérielle en traitement avec crise s'étant produite le 16 octobre 2009 et ayant fait l'objet d'une prise en charge (pce 21 p. 3 n° 4.5.1). Par ailleurs, elle mentionne des varices au membre inférieur gauche de grade I-II sans suivi (pce 21 p. 3 n° 4.5.2). Sur le plan de l'appareil locomoteur, elle fait part (a) au niveau de la colonne vertébrale, d'une limitation pour les rotations cervicales et lombaires, avec une manœuvre de Lasègue positive à droite à 45° et à gauche à 30°, (b) au niveau des membres supérieurs, d'une mobilisation complète pour tout l'arc de mobilité à droite et d'une limitation à la mobilité passive à gauche à l'ultime degré autant quant à la balance avant qu'à l'abduction et (c) au niveau des extrémités inférieures, de hanches douloureuses (pce 21 p. 5 n° 4.8). En ce qui concerne le contrôle neurologique, elle relève des mouvements normaux et une marche déficiente (pce 21 p. 5 n° 4.10). Fort de ces constats, elle retient que l'assuré doit éviter les travaux dans des lieux humides ou froids, qui l'exposent aux gaz, vapeurs et émanations, qui requièrent fréquemment des flexions ou le port de charges, qui impliquent l'usage de rampes, d'escaliers ou d'échelles ou qui le soumettent à un risque de chute. Par ailleurs, le travail posté est contre-indiqué (pce 21 p. 9 n° 10.1). Elle conclut que l'intéressé présente les déficits fonctionnels qui ont été décrits par acte judiciaire rendu en mars 2007 (pce 21 p. 8 n° 8 in fine). Or, il sied de relever que, selon le jugement précité du 9 mars 2007 (pce 25 p. 1 ss), les autorités judiciaires espagnoles ont estimé que l'assuré (contrairement à ce qu'avait tout d'abord retenu l'administration espagnole) n'était plus à même d'exercer son ancienne activité de maçon, de sorte qu'il présentait une incapacité de travail permanente mais qu'il était par contre en mesure d'accomplir un travail sédentaire léger (pce 25 p. 5, 2ème paragraphe). On peut donc en inférer que, même si la Dresse D._____ n'a pas répondu aux questions 11.4-11.6 portant sur la capacité de travail de l'assuré (pce 21 p. 10), celle-ci, de par son renvoi expresse au jugement préci-

té, estime que l'assuré, d'un point de vue strictement médical, peut effectuer un travail sédentaire léger, ce qui au demeurant s'intègre sans peine aux constats objectifs rapportés aux chiffres 4.8-4.9 du rapport E 213 (pce 21 p. 5), aux limitations fonctionnelles retenues au chiffre 10.1 de ce même rapport (pce 21 p. 9) et aux résultats des EMG des 15 octobre 2004 et 3 novembre 2005 faisant part d'une atteinte radiculaire légère à modérée (pces 17-19). On précisera qu'il n'y a pas lieu d'apporter une importance déterminante au fait que, selon la Dresse D._____, le recourant n'est pas en mesure de travailler devant un écran de vidéo (pce 21 p. 9 n° 11.1) dès lors que cette affirmation (non motivée quand bien même le rapport E 213 demande expressément des explications en cas de réponse négative) ne relève manifestement pas d'un constat médical mais des aptitudes de l'assuré (formation et situation concrète sur le marché du travail), ce qui est un élément étranger à l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 640/00 du 2 mai 2001 consid. 2a; cf. supra consid. 6.2).

13.2. Ensuite, dans un rapport du 21 mai 2010 (pce 30), le Dr E._____, de l'OAIE, pose le diagnostic principal de troubles dégénératifs de la colonne avec protrusions discales et petites hernies discales au niveau cervical et lombaire. Selon lui, cette atteinte entraîne une incapacité de travail de 60% dans l'activité habituelle et de 0% dans un travail adapté. Il cite à titre d'exemple les professions respectivement les activités d'"ouvrier non qualifié/manœuvre dans une usine/fabrique/production en général; surveillant de parking/musée; vente par correspondance; réparation de petits appareils/articles domestiques; caissier; vendeur de billets; enregistrement, classement, archivage; accueil/réceptionniste; standardiste/téléphoniste; saisie de données/scannage". Force est donc de constater que son appréciation de la capacité de travail dans une activité de substitution (qui a par la suite été reprise par l'administration pour déterminer un taux d'invalidité de 22% de l'assuré) est tout à fait compatible avec l'estimation de la Dresse D._____ mentionnée ci-dessus (cf. supra consid. 13.1), ce qui renforce sa valeur probante, étant précisé que le rapport E 213 du 19 novembre 2009 satisfait aux exigences jurisprudentielles en la matière (cf. supra consid. 8 et 13.1) et a été établi suite à un examen personnel de l'assuré. Par ailleurs, il y a également lieu d'attacher au rapport du médecin de l'OAIE une importance accrue (cf. à ce sujet arrêts du Tribunal fédéral 9C_355/2011 du 8 novembre 2011 consid. 3; 9C_440/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.2.2; 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3; 8C_702/2011 du 8 février 2012 consid. 5.2), dès lors que, pour fonder son avis, ce praticien disposait notamment de deux IRM (pces 14-15 [rapports datés du 15 septembre 2004]), d'un scanner (pce 16 [rapport également daté du 15 septembre 2004]), des résultats de

deux EMG (pces 17-18 [rapport du 15 octobre 2004] et pce 19 [rapport du 3 novembre 2005]) ainsi que des constats clairs mentionnés par la Dresse D._____ dans le rapport E 213 et bénéficie aussi d'une formation spécifique en orthopédie et traumatologie, si bien qu'il possède les connaissances requises pour juger valablement de l'atteinte à la santé principale du recourant, à savoir des troubles dégénératifs importants au rachis.

13.3. Dans ce contexte, il appert que les autres rapports médicaux versés à la cause, soit les certificats des 28 juin 2008 et 23 avril 2010, ne sont pas aptes à remettre en cause l'avis du service médical de l'OAIE et du médecin de l'INSS.

13.3.1. Ainsi, dans un rapport du 28 juin 2008 (pce 20), le Dr C._____ fait part de troubles dégénératifs au rachis chez l'assuré d'évolution progressive tendant à une aggravation prononcée et estime que ce dernier n'est plus en mesure d'accomplir sa profession de maçon ni des autres activités qui requièrent des efforts physiques similaires ou des efforts répétitifs modérés ou de petite intensité mettant à parti le rachis (pce 20 p. 5 s.). Ce faisant, il semble circonscrire considérablement les activités adaptées encore exigibles de la part de l'assuré qui paraissent (sur la base de cette évaluation sommaire de la capacité de travail) ne pas être inexistantes mais toutefois limitées à des travaux de surveillance. Or, en l'état du dossier et pour ce qui est de la période déterminante, cet avis ne saurait convaincre pour les raisons qui suivent. Ainsi, le Dr C._____ relève notamment un processus cervical chronique sévère qui cause des douleurs au cou avec irradiation essentiellement au membre supérieur droit sous forme de douleur, paresthésies et perte de force de la main droite (estimée à 32% selon la dynamométrie) et d'un syndrome lombosciatique chronique sévère qui entraîne des douleurs et provoque des crises fréquentes qui obligent l'assuré à rester au lit (pce 20 p. 5). Or, l'ampleur des douleurs relatées et notamment les paresthésies au membre inférieur droit ainsi que les sciatalgies n'ont pas été confirmées lors de l'examen postérieur effectué par la Dresse D._____ en novembre 2009 (pce 21 p. 5 n° 4.8.-4.10) qui indique la présence de mouvements normaux au niveau des membres supérieurs et ne mentionne pas de sciatalgies. Par ailleurs, le Dr C._____ ne fait part d'aucune imagerie médicale qui aurait été omise par les Drs D._____ et E._____. Au vu de l'ensemble de ces éléments, le Tribunal de céans peut conclure que le rapport du 28 juin 2008 se base avant tout sur les plaintes subjectives de l'assuré et n'est pas de nature à invalider les conclusions concordantes des D._____ et E._____.

13.3.2. En ce qui concerne le rapport du 23 avril 2010 (pce 26), on note que la Dresse F._____, médecin de famille, se borne à faire part d'une liste de diagnostics et de mentionner la médication à laquelle est soumis l'assuré sans prendre position sur la capacité de travail de ce dernier ni de l'évolution de l'état de santé. Ainsi, reprenant en grande partie les diagnostics déjà mentionnés dans le rapport E 213 du 19 novembre 2009, elle précise que la haute tension artérielle a donné lieu à une hypertrophie ventriculaire gauche avec crises hypertensives récurrentes et fait nouvellement part de dyslipidémie mixte, d'un syndrome vertigineux et d'une dépression traitée par l'antidépresseur Esertia 20. Ces données succinctes ne permettent toutefois pas de mettre en évidence une atteinte à la santé invalidante au sens de la LAI. En effet, à défaut de tout élément objectif concret en la matière, on ne voit pas en quoi la BPCO, la dyslipidémie mixte et le syndrome vertigineux pourraient conduire à une incapacité de travail d'une durée suffisante chez l'assuré, comme le relève de façon convaincante le Dr E._____ dans sa prise de position du 21 mai 2010 (pce 30), d'autant que ni l'assuré ni la Dresse F._____ ne signale une détérioration significative de l'état de santé à ce titre depuis l'établissement du rapport médical E 213. Il en va de même de la haute tension artérielle et des atteintes qui y sont liées, étant précisé que les crises hypertensives n'ont pas échappé à la Dresse D._____ qui mentionne expressément cette atteinte dans le rapport E 213 (pce 21 p. 3 n° 4.5.1) et qui en a par conséquent tenu compte dans l'appréciation de la capacité de travail.

En outre, en ce qui concerne le diagnostic de dépression, on note que, jusqu'au prononcé du projet de décision du 19 mars 2010, la documentation médicale versée au dossier ne faisait aucunement part d'une problématique psychiatrique. En particulier, le rapport E 213 du 19 novembre 2009 ne contenait aucune indication y relative (cf. pce 21 p. 2 n° 3.1 [rubrique "histoire clinique"], p. 3 n° 4.1 [rubrique "état mental et émotionnel") et p. 2 n° 3.3 [rubrique "traitement actuel" ne mentionnant pas de médication psychiatrique]). Or, on aurait pu attendre de la Dresse D._____ qu'elle mentionne, dans le rapport médical E 213, la présence d'une symptomatologie psychiatrique d'importance si celle-ci avait existé à ce moment-là. Par ailleurs, par acte du 11 janvier 2010 (pce 8), l'administration a invité l'assuré à produire tout document jugé utile à l'examen du bien-fondé de sa demande de prestations. L'assuré s'est toutefois limité, dans son courrier du 27 janvier 2010 (pces 9-12), à transmettre à l'autorité inférieure le questionnaire à l'assuré ainsi que le questionnaire à l'employeur sans faire part d'une détérioration de son état de santé respectivement sans produire des certificats médicaux mettant en évidence

une atteinte psychiatrique. Ce n'est que dans son écriture du 28 avril 2010 (pce 27 produite en réponse au projet de rejet de rente du 19 mars 2010) qu'il signale pour la première fois souffrir d'une affection psychique en produisant le rapport du 23 avril 2010 établi par son médecin de famille, la Dresse F._____. Or, il convient de relever que ce certificat – qui se borne à poser le diagnostic de dépression comme une atteinte parmi d'autres (en fin de la liste des diagnostics) sans se référer à un système de classification des maladies reconnu internationalement et sans donner la moindre indication clinique à ce sujet, notamment quant au tableau clinique et à la durée du traitement médicamenteux par antidépresseur – ne permet pas de retenir une affection grave à la santé avec répercussion significative sur la capacité de travail (cf. à ce sujet arrêt du Tribunal fédéral 9C_604/2011 du 30 septembre 2011 consid. 2.2), d'autant que, comme on l'a vu, la prise d'un antidépresseur paraît être très récente et que la Dresse F._____ ne juge apparemment pas nécessaire de confier l'assuré aux soins d'un psychiatre, ce qui, semble-t-il n'a encore jamais été le cas chez l'intéressé (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_302/2011 du 20 septembre 2011 consid. 2.5.1; 9C_575/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3.3; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-85/2010 du 4 mars 2011 consid. 4.3, 5ème paragraphe; C-4656/2008 du 3 novembre 2010 consid. 12, 1er paragraphe; C-4419/2010 du 8 février 2012 consid. 10.4). On précisera que le seul fait que le médecin de famille (qui n'est pas psychiatre) prescrive à son patient des antidépresseurs ne suffit pas à mettre en évidence une affection invalidante au sens de la LAI (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_221/2011 du 3 février 2012 consid. 2.2; 9C_604/2011 du 30 septembre 2011 consid. 2.2). Au demeurant, il sied également de souligner que le principe inquisitoire, valable en droit des assurances sociales, n'est pas absolu et est limité par le devoir des parties de collaborer à l'établissement des faits dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, faute de quoi elles risquent de supporter les conséquences de l'absence de preuve (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3; 9C_166/2011 du 24 octobre 2011 consid. 5.3). Or, par ordonnance du Tribunal de céans du 2 février 2011 (pce TAF 7), le recourant a été invité à produire une réplique accompagnée des moyens de preuve correspondant. Il a toutefois renoncé à se déterminer et ainsi à compléter la documentation médicale sur le plan psychiatrique, quand bien même l'on pouvait s'attendre à un tel acte de sa part, vu que ce n'est qu'après le prononcé du projet de décision du 19 mars 2010 qu'une problématique psychiatrique a été évoquée pour la première fois et que le service médical de l'OAIE, dans sa prise de position du 21 mai 2010 (pce 30 envoyée au recourant en annexe à l'ordonnance précitée du 2 février 2011), signalait expressément que le diagnos-

tic de dépression n'était pas suffisamment étayé pour être déterminant dans la présente affaire.

13.4. Sur le vu de tout ce qui précède, le Tribunal de céans peut conclure ─ au niveau de la vraisemblance prépondérante valable en droit des assurances sociales et en accord avec le principe inquisitoire (cf. supra consid. 7) ainsi que la notion de marché équilibré du travail (cf. supra consid. 6.2) ─ que, sur le plan strictement médical, le recourant peut exercer à plein temps une activité adaptée comme l'a retenu à juste titre l'administration.

14.
Il reste à examiner si la comparaison des revenus effectuée par l'autorité inférieure en date du 21 juin 2010 (pce 31) a été faite de façon conforme au droit.

14.1. 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). 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 salaire (ci-après: ESS) 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). 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).

14.2. En l'occurrence, ces prémisses appellent les remarques qui suivent. Tout d'abord, il ressort du dossier que l'assuré n'a plus travaillé depuis le 10 août 2004, date à laquelle il a été victime d'un accident de la route (pce 12 p. 3 n° 7; 11 p. 2 n° 9). C'est donc à bon droit que l'administration s'est référée aux données ESS pour déterminer le salaire de valide et d'invalide de l'assuré en application de la méthode générale. Ensuite, selon les dispositions légales topiques, l'éventuel droit à la rente aurait pu naître in casu au plus tôt une année après l'accident, soit le 10 août 2005 (cf. supra consid. 3.1 et 5). Contrairement à ce qu'a retenu l'administration, les données ESS 2005 et non celles de 2008 sont donc déterminantes. Par ailleurs, il sied de relever que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le revenu d'invalide portant sur des travaux de substitution ne demandant pas de qualification spécifique est en principe tiré de la valeur médiane du niveau de qualification 4, toute profession confondue. Or, en l'espèce, l'autorité inférieure a choisi de déterminer le revenu d'invalide en faisant la moyenne de 5 secteurs particuliers du niveau 4 ("industrie du cuir", "commerce de gros", "commerce de détail", "services fournis aux entreprises", "autres services collectifs et personnels"), ce qui n'est pas sans autre convaincant, puisque, selon les Drs D._____ et E._____, l'assuré est à même d'accomplir un travail sédentaire léger. Par conséquent, on discerne mal pour quelles raisons le recourant ne serait pas en mesure de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle dans plusieurs secteurs du secteur principal "production" (cf. à ce sujet arrêt du Tribunal fédéral 8C_100/2012 du 29 mars 2012 consid. 3.4). Vu l'issue de la cause, le Tribunal de céans ne décèle cependant pas de raisons suffisantes d'intervenir d'office sur ce point, étant précisé que cette manière de procéder est tout à l'avantage de l'assuré. Les paramètres de l'OAIE (calculant le salaire d'invalide en référence aux 5 secteurs précités dont un seul relève du secteur de la production) seront donc repris ci-après pour la détermination du revenu d'invalide. Finalement, on ne voit pas de motifs pertinents pour remettre en cause l'abattement de 10% du salaire d'invalide retenu par l'administration qui paraît justifié compte tenu des particularités du cas concret (limitation des travaux encore exigibles à des activités légères et sédentaires; capacité de travail entière dans des travaux ne demandant pas de formation particulière, absence du marché du travail

pendant 6 ans au moment déterminant; âge de l'assuré de 54 ans lorsque la décision a été rendue).

14.3. En tenant compte des remarques qui précède, la comparaison des revenus s'effectue de la manière suivante. L'assuré ne disposant pas d'une formation spécifique dans le domaine de la construction (cf. pces 21 p. 1 n° 1.2.5; 12 p. 1 n° 1 et 2), le salaire de valide correspond au revenu moyen d'un salarié travaillant dans la construction, niveau de qualification 4, selon le tableau TA1 2004, à savoir Fr. 4'829.- pour 40 h./sem. Ce montant doit encore être adapté à l'augmentation des salaires dans ce secteur en 2005 (+ 1.1%) et au nombre d'heures moyennes (41.8 h./sem.). En ce qui concerne le revenu d'invalide, il convient de se référer à la moyenne des revenus réalisés en 2004 dans les secteurs "industrie du cuir et de la chaussure" (Fr. 4'121.- pour 40 h./sem.), "commerce de gros" (Fr. 4'672.-), "commerce de détails" (Fr. 4'280.-), "services fournis aux entreprises" (Fr. 4'333.-) et "autres services collectifs et personnels" (Fr. 4'181.-), en tenant compte de l'horaire usuel moyen dans ces domaines (41.9, 41.9, 41.8, 41.8 respectivement 41.6 h./sem.) et de l'augmentation des salaire en 2005 (+ 3.1%, + 0.8%, + 1.4%, + 1% respectivement + 0.8%), ce qui donne un total de Fr. 4'575.03. Ce dernier montant doit encore être réduit de 10% pour tenir compte des circonstances inhérentes au cas particulier (90% de 4'575.03 = Fr. 4'117.53). La comparaison du revenu de valide au revenu d'invalide fait apparaître un préjudice économique de 19.10% ([{5'089.61 – 4'117.53} x 100] : 5'089.61) insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. On note qu'il en irait de même en procédant à la même comparaison des revenus avec les données de l'année 2010, date de l'acte entrepris ([{5'522.40 – 4'245.95} x 100] : 5'522.40 = 23.11%). Au surplus, on ajoutera que même si le Tribunal de céans se ralliait à titre hypothétique à l'évaluation du Dr C._____ faisant part de limitations fonctionnelles de l'assuré beaucoup plus prononcées que celles décrites par les Drs D._____ et E._____ (rapport du 28 juin 2008 [pce 20], cf. supra consid. 13.3.1) et retenait pour cette raison un abattement maximal du revenu d'invalide de 25% pour prendre en considération le peu de places de travail entrant en ligne de compte sur le marché équilibré du travail (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_100/2012 du 29 mars 2012 consid. 3.4), le seuil des 40% ne serait toujours pas atteint (ainsi, avec les données ESS 2005: [{5'089.61 – 3'431.27} x 100] : 5'089.61 = 32.58%).

15.
Eu égard à tout ce qui a été dit, il appert que la décision entreprise doit être confirmée et le recours rejeté.

16.

16.1. 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.

16.2. 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 :