



Cour III
C-4776/2021

Arrêt du 6 juillet 2022

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz, juge unique,
Barbara Scherer, greffière.

Parties

A. _____, (Espagne),
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE),**
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, rente d'invalidité
(décision du 14 septembre 2021).

Faits :**A.**

Le ressortissant espagnol, A. _____ (ci-après : assuré ou recourant), né le (...) 1962, marié et père de deux enfants nés en 1983 et 1988 (AI pce 3), habite actuellement en Espagne où il a travaillé depuis février 2000 comme employé d'abattoir (cf. questionnaire pour l'employeur; AI pce 21 pp. 12 ss). En Suisse, il avait travaillé dans la construction et cotisé de 1981 à 1994 plusieurs années à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI; extrait du compte individuel du 1^{er} juillet 2022; TAF pce 10 annexe).

B.

Le 9 juillet 2020, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) par le biais de l'institut national de sécurité sociale espagnole (E 204 du 16 décembre 2020; AI pce 5).

Des nombreux rapports médicaux ont été versés au dossier qui ont fait état de douleurs lombaires chroniques et d'une incapacité de l'assuré à poursuivre son activité professionnelle habituelle ainsi que toute autre activité physiquement lourde et contraignante pour la colonne vertébrale. Le service médical de l'OAIE a été invité à prendre position (avis du 27 mai 2021; AI pce 44) et l'OAIE a évalué le taux d'invalidité (évaluation du 9 juin 2021; AI pce 45).

Par projet de décision du 15 juin 2021 (AI pce 46), l'OAIE a informé l'assuré qu'il pensait rejeter la demande de prestations. Il a exposé que bien que l'assuré ne puisse plus poursuivre l'activité habituelle, une activité plus légère, adaptée aux limitations décrites restait exigible et que dans une telle activité la diminution de la capacité de gain était de 4%. Par ailleurs, il a rappelé que les décisions de la sécurité sociale étrangère ne liaient pas l'assurance-invalidité suisse, que selon le droit suisse, l'invalidité n'est pas constituée de l'atteinte à la santé en tant que telle mais par les répercussion de l'atteinte sur la capacité de gain et que des facteurs, tels que l'âge, le manque de formation, le domicile ainsi que la situation économique locale n'étaient pas des circonstances supplémentaires susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité.

L'assuré s'est opposé au projet de décision le 12 juillet 2021 (cf. timbre postal; AI pce 47). Se référant en particulier à certains rapports médicaux, il a prétendu qu'il présentait une invalidité d'au moins 70% lui donnant droit à une rente d'invalidité entière. Le service médical de l'OAIE a une nouvelle

fois été invité à se déterminer sur le dossier (avis du 4 septembre 2021; AI pce 58).

Par décision du 14 septembre 2021 (AI pce 59), l'OAIE, maintenant sa position, a rejeté la demande de prestations. Il a précisé que la documentation versée dans le cadre de la procédure d'audition se trouvait déjà dans le dossier et n'était pas susceptible de remettre en cause ses conclusions précédentes.

C.

Le 26 octobre 2021 (timbre postal), l'assuré a formé recours contre la décision de l'OAIE auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal). Concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, il a avancé que sa capacité de travail était fortement réduite et qu'il ne pouvait exercer aucune activité sportive ou professionnelle qui exigeait le moindre effort physique ou la réalisation de tâches répétitives. Il s'est encore une fois référé à quelques rapports médicaux (TAF pce 1).

Dans sa réponse du 5 janvier 2022, l'OAIE a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 6). Il a argué pour l'essentiel que selon son service médical, l'assuré pouvait exercer à 100% des activités de substitution, respectueuses des limitations fonctionnelles décrites et accessibles sans aucune formation professionnelle particulière. Il a également avancé que le taux d'invalidité de 5%, déterminé par comparaison de revenus, n'ouvrait pas droit à une rente d'invalidité et que les rapports médicaux cités par le recourant avaient déjà été appréciés et que celui-ci n'avait apporté aucun élément probant susceptible de mettre en cause l'appréciation de son service médical.

Malgré l'invitation du Tribunal, le recourant n'a pas déposé de réplique (cf. TAF pces 7 et 8).

Droit :

1.

Au regard des art. 31, 32 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF; RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), le Tribunal de céans est compétent pour connaître le présent recours contre la décision du 14 septembre 2021 prise par l'OAIE. Le recourant a qualité pour recourir, étant directement touché par la décision attaquée et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 de la loi

fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA [RS 830.1] et 48 al. 1 de la loi fédérale sur la procédure administrative [PA; RS 172.021]]. Le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA) et dans les formes requises par la loi (art. 52 al. 1 PA). De plus, le recourant a versé en cause l'avance de frais présumés de 800 francs dans le délai imparti (TAF pces 2 à 4).

Le Tribunal peut donc entrer en matière sur le fond du recours.

2.

2.1 Aux termes de l'art. 49 PA, les parties peuvent invoquer devant le Tribunal de céans la violation du droit fédéral, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) ainsi que l'inopportunité (let. c). Le TAF jouit ainsi du plein pouvoir d'examen.

2.2 Le TAF définit les faits – avec la collaboration des parties (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA; TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) – et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA) ; l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, le Tribunal examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués dans le recours (cf. art. 62 al. 4 PA; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision attaquée (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3^e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s.; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243). Toutefois, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^e éd. 2013, p. 25 n. 1.55).

2.3 En particulier, le TAF examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1; 140 V 22 consid. 4; notamment : TAF C-3841/2015 du 8 janvier 2019 consid. 3.2 et 5; A-5658/2013 du 18 août 2014 consid. 2.2; voir aussi JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n°98 p. 67). Dans le cas concret, au regard de l'art. 40 al. 1 let. b du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), il apparaît d'emblée que

l'OAIE était compétent pour enregistrer et examiner la demande de prestations du 9 juillet 2020 et rendre la décision contestée, l'assuré résidant en Espagne.

3.

3.1 L'affaire contient un aspect d'extranéité dans la mesure où le recourant qui a été assuré à l'assurance-invalidité en Suisse (TAF pce 10 annexe) est ressortissant espagnol et habite en Espagne où il est également assuré (cf. renseignements du 16 décembre 2020 concernant la carrière de l'assuré, E 207 ES; AI pce 4). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP; RS 0.142.112.681; cf. art. 80a al. 1 LAI), entré en vigueur le 1^{er} juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1; 128 V 317 consid. 1b/aa). Son annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353).

Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement; ATF 130 V 253 consid. 2.4; TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

3.2 Le Tribunal apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit en l'espèce, jusqu'au 14 septembre 2021. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent

normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b).

3.3 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (notamment : ATF 143 V 446 consid. 3.3; 136 V 24 consid. 4.3). Ainsi, les modifications de la loi fédérale du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705; FF 2017 2363), ne sont pas pertinentes dans le cas concret et les anciennes versions des dispositions légales concernées seront citées ci-après.

4.

En l'occurrence est litigieux le point de savoir si c'est à juste titre que la demande de prestations de l'assuré a été rejetée. Il est par ailleurs constant que le recourant qui a cotisé entre 1981 et 1994 plusieurs années à l'AVS/AI suisse (TAF pce 10 annexe) remplit la condition de la durée minimale de cotisations au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente conformément à l'art. 36 al. 1 LAI (voir aussi cf. art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du règlement n°883/2004; FF 2005 p. 4065). Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la loi.

5.

5.1 L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2003 3852; FF 2001 3045), 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Selon l'art. 6 LPGA, on entend par incapacité de travail, toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir

dans sa profession ou dans son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (1^{ère} phrase).

En Suisse, l'objet assuré n'est donc pas l'atteinte à la santé en tant que telle, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA; cf. ATF 116 V 246 consid. 1b). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase, LPGGA).

5.2 Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; elle a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, elle est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c).

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

5.3 Selon l'art. 16 LPGGA en relation avec l'art. 28a al. 1 LAI, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2007 5129; FF 2005 4215), le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est déterminé en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. consid. 9).

5.4 La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré du taux d'invalidité. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2007 5129; FF 2005 4215), la personne assurée a droit à un quart de rente si elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente si elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente si elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière si elle est invalide à 70% au moins.

L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur

résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Toutefois, cette restriction ne s'applique pas lorsque l'assuré est un ressortissant suisse ou d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) et réside dans l'un de ces pays (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

6.

Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA) – aussi celle devant le Tribunal de céans (cf. consid. 2.2 ci-dessus) – l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., p. 255). Concrètement, afin d'instruire une demande de prestations AI, l'art. 69 al. 2 RAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2002 3721), prescrit que l'Office AI réunit, lorsque les conditions d'assurance sont remplies – comme en l'occurrence (cf. consid. 4 ci-dessus) – les pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations. L'Office AI récolte en particulier des rapports médicaux bien que la notion d'invalidité soit de nature économique/juridique et non médicale (cf. consid. 5.1). Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler compte tenu de ses limitations (notamment : ATF 143 V 418 consid. 6; 132 V 93 consid. 4; 125 V 256 consid. 4; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références). Il revient ensuite aux organes chargés de l'application du droit – soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige – de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail résiduelle de la personne assurée (ATF 144 V 50 consid. 4.3; 140 V 193 consid. 3.2; au niveau psychiatrique : TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 7.1).

7.

7.1 En l'espèce, suite à la demande de prestations de l'assuré, les pièces médicales suivantes ont été produites au dossier :

- les rapports de consultations des 3 novembre 2017 et 1^{er} février 2019 du Dr B._____, neurochirurgien, lequel note les antécédents, les plaintes de l'assuré ainsi que les résultats de ses examens ; le 3 novembre 2017, il informe que l'assuré présente depuis 2 ans des douleurs chroniques pour modifications dégénératives de la colonne lombaire, que les douleurs augmentent par l'effort physique et qu'elles justifient une incapacité de travail dans l'activité habituelle d'employé d'abattoir ; il déconseille par ailleurs une intervention chirurgicale et préconise un traitement à l'unité de la douleur ; le 1^{er} février 2019, le

spécialiste rapporte que l'assuré continue de souffrir de douleurs lombaires mécaniques, exacerbées par l'effort et atteste une incapacité de travail totale et permanente dans l'activité habituelle ainsi que dans toute activité nécessitant de l'effort physique important et/ou le port de charges (AI pce 17),

- le rapport du 9 avril 2019 du Dr C. _____ du service orthopédique et traumatologique lequel mentionne dans l'anamnèse que l'assuré souffre de douleurs lombaires chroniques, irradiant aux membres supérieurs et inférieurs, et qu'il existe une incapacité à réaliser des efforts ; il fait aussi état des résultats des examens cliniques et radiologiques et pose les diagnostics suivants : hernies discales L3-L4 et L4-L5, lombarthrose et cervicarthrose ; enfin, ce médecin informe que les neurochirurgiens ont déconseillé une intervention chirurgicale, que le traitement dans l'unité de la douleur n'a pas apporté d'amélioration notable et que le traitement analgésique palliatif reste possible (AI pce 16),
- les résultats des 13 mai, 31 juillet et 2 août 2019 des examens radiologiques et par électroneuromyographie, signés par les Desses D. _____ et E. _____ et le Dr F. _____ (AI pces 14, 28 et 32),
- les rapports des 9 juillet et 10 septembre 2019 du Dr G. _____ du service rhumatologique qui fait état des antécédents et des plaintes de l'assurée lequel souffre depuis cinq ans de lombalgie irradiant dans les membres inférieurs et supérieurs ainsi que de cervicalgie, exacerbées par l'effort physique ; il mentionne également les résultats des différents examens et traitements entrepris et retient comme diagnostics des hernies discales L3-L4 et L4-L5, spondylarthrose lombaire avec discopathie multiples, radiculopathie L5 chronique bilatérale et cervicalgie chronique avec protrusion discale C5-C8 ; par ailleurs, il atteste que l'assuré ne peut pas porter de charges et faire des efforts physiques (AI pces 12 et 27),
- le rapport du 13 novembre 2019, établi par la Dresse H. _____ de l'unité de la douleur laquelle fait état des différents examens et traitements et observe que l'assuré a toujours de douleurs (AI pce 36),
- les rapports des consultations des 9 avril, 2 juillet, 8 octobre et 28 novembre 2019 du Dr C. _____ lequel mentionne les diagnostics connus et fait état des résultats d'examens (clinique, électromyographie et IRM lombaire et cervicale) et traitements (AI pce 9),

- le rapport du 18 décembre 2019, signé par le Dr I. _____ de la sécurité sociale espagnole lequel mentionne comme problèmes de santé actuels, une récurrence de douleur lombaire, de douleurs dorsales chroniques, de cervicarthrose, de lombarthrose, de rectification de la lordose cervicale avec protrusion discale centrale C5-C6, une discopathie dégénérative de toutes les espaces de la colonne lombaire, un rétrolisthésis L4-L5, de hernies discales L3-L5 et L4-L5 et une radiculopathie chronique L5 bilatérale de prédominance droite ; ce médecin indique encore le traitement et atteste que l'assuré est incapable, de façon absolue et permanente, de poursuivre une activité professionnelle (AI pce 15),
- le rapport du 3 janvier 2020 du Dr G. _____ lequel indique les diagnostics connus et informe que le 30 décembre 2019, l'assuré a ressenti des douleurs au bas du dos lorsqu'il a commencé à travailler à l'abattoir et que les douleurs se sont aggravées lorsqu'il a porté de charges ; il rapporte également le résultat de son examen physique et retient une lumbago aiguë après un effort physique ; par ailleurs, il atteste un arrêt de travail, l'assuré nécessitant du repos, et il doit éviter de porter de charges lourdes et de faire des efforts physiques (AI pce 10),
- les rapports de consultations d'urgence des 15 janvier, 22 février et 1^{er} mars 2020, établis par les Drs J. _____, K. _____ et L. _____ (AI pces 11, 13 et 41) lesquels informent que l'assuré les consulte pour des douleurs lombaires continues ; ils mentionnent les résultats des examens et le traitement prescrit (AI pce 13),
- le rapport du 13 mars 2020, établi par le Dr M. _____ de la sécurité sociale espagnole qui mentionne les résultats des examens radiologiques de la colonne lombaire du 28 juillet 2019 et de la colonne cervicale du 1^{er} août 2019 et conclut que l'assuré présente des cervicalgies chroniques, des discopathies C5-C6 (protrusion discale), de hernie discale, de spondylarthrose lombaire et de radiculopathie L5 chronique bilatérale ; il relève encore que l'assuré présente depuis 2014 des lombosciatalgies à répétition et doit éviter des activités physiques mêmes légères ou modérées, des stations debout prolongées ou des positions fixes ainsi que des mouvements de flexion et d'extension de la colonne lombaire (AI pce 19),
- le rapport du 6 juillet 2020 du Dr B. _____ lequel indique les résultats de l'examen clinique et radiologique et conclut que l'assuré souffre toujours de douleurs lombaires chroniques en raison de modifications

dégénératives de la colonne lombaire et que les possibilités de traitement sont épuisées ; par ailleurs, il confirme, comme dans ses rapports précédents, que l'assuré présente une incapacité de travail totale et permanente dans son activité habituelle ainsi que dans toute autre activité qui demande de l'effort physique et/ou le port de charges (AI pce 40),

- le rapport médical détaillé E 213 du 15 décembre 2020, établi par la Dresse N. _____ laquelle retient après examens comme diagnostics une lombarthrose, un rétroisthésis dégénératif L4 sur L5, de petites hernies discales L3-L5 et L4-L5 ainsi qu'une discopathie C5-C6 ; elle relève des limitations dans les activités impliquant une charge lombaire répétitive et importante et est d'avis que l'assuré ne peut plus exercer son ancienne activité habituelle mais une activité adaptée, sédentaire (AI pce 18).

La Dresse O. _____, travaillant pour l'OAIE, a été invitée à prendre position (avis des 27 mai et 4 septembre 2021; AI pces 44 et 58; cf. consid. 8 ci-dessous).

7.2 Dans le dossier se trouvent encore les documents suivants :

- le questionnaire pour l'employeur, rempli et signé le 12 mars 2021 qui informe que l'assuré était engagé depuis le 2 février 2000 dans l'abattoir industriel et que le dernier jour de travail avait été effectué le 18 décembre 2019, que l'activité était exercée dans le froid et requiert de la force et de la rapidité et implique de porter et de déplacer de charges et de rester debout ; des décomptes de salaires de 2020 et 2018 sont joints (AI pce 21 pp. 12 ss),
- le questionnaire à l'assuré, rempli et signé le 17 mars 2021, duquel il ressort notamment que l'assuré est en incapacité de travail depuis décembre 2019 (AI pce 21 pp. 1 ss).

L'OAIE a procédé le 9 juin 2021 à l'évaluation de l'invalidité, en application de la méthode générale (AI pce 45; cf. consid. 9.4.1).

8.

8.1 Sur le volet médical, l'OAIE a fondé sa décision sur les prises de position des 27 mai et 4 septembre 2021 de la Dresse O. _____ (AI pces 44 et 58).

Ce médecin a tenu compte du dossier médical constitué par l'OAIE et retenu que l'assuré souffrait d'un syndrome douloureux lombaire chronique – avec des discopathies dégénératives à plusieurs étages sans compression des racines ou de la myéline, un rétroisthéisisme dégénératif L4-L5 de degré faible, sans déficits sensori-moteurs radiculaires cliniques et d'un point de vue électrophysiologique, des signes de dénervation chroniques racine L5 aux deux côtés accentués à droite et sans signes de dénervation actifs – ainsi que d'un syndrome douloureux cervical chronique avec discopathies dégénératives. Elle a de plus noté que l'assuré pouvait exercer à temps complet et avec des pauses habituelles, une activité légère ou, occasionnellement, moyennement lourde, en position assise ou en position assise et debout alternée, sans rotation du tronc ni travail avec les bras au-dessus de la tête, sans se pencher, ni porter de charges de plus de 25 kg et seulement occasionnellement. Considérant en outre que l'activité habituelle en tant qu'employé d'abattoir était lourde ou moyennement lourde et impliquait des positions contraignantes pour la colonne vertébrale, la Dresse O. _____ a attesté que l'assuré ne pouvait plus exercer son ancienne activité professionnelle depuis décembre 2019. Dans une activité adaptée, respectant les limitations décrites, la capacité de travail était cependant entière. Au demeurant, dans son avis du 4 septembre 2021, le médecin a confirmé son appréciation, suite à l'opposition de l'assuré, et remarqué qu'elle avait considéré tous les rapports médicaux produits (AI pce 58).

8.2 Pour les raisons exposées ci-après, le TAF peut faire sienne l'appréciation de l'OAIE et de son médecin.

8.3

8.3.1 En effet, selon la jurisprudence, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais son contenu. Ainsi, avant de lui conférer valeur probante, le Tribunal s'assurera que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport médical 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 sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et références). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1; 9C_745/2010 du

30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1; MICHEL VALTERIO, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), Commentaire, 2018, art. 57 n° 33).

8.3.2 De plus, il n'est pas interdit à l'administration et au Tribunal de se fonder uniquement ou principalement sur les prises de position du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ou du service médical de l'OAIE qui ne se basent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne de l'assuré-e (TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). La valeur probante de ces rapports présuppose au regard des exigences décrites ci-dessus que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de la personne assurée (anamnèse, plaintes de l'assuré, évolution de l'état de santé et status actuel), qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical non contesté, établi de manière concordante par les médecins disposant de compétences nécessaires, et que partant, l'examen personnel de l'assuré passe au second plan (cf. TF 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015 consid. 3.1; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2). Ainsi, il n'existe pas de droit formel à une expertise médicale externe à l'Office AI. La poursuite de l'instruction est toutefois indiquée lorsqu'il existe des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports internes du SMR, les exigences en matière de preuve étant strictes à leur égard (cf. ATF 139 V 225 consid. 5.2; 137 V 210 consid. 1.2.1; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; TF 9C_415/2017 du 21 septembre 2017 consid. 3.2; notamment: TAF C-2102/2020 du 27 janvier 2022 consid. 6.9; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 43).

8.3.3 Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se baser sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (notamment: ATF 144 V 427 consid. 3.2; 139 V 176 consid. 5.3; TF 8C_331/2020 du 4 mars 2021 consid. 5).

8.3.4 En l'espèce, il apparaît que le dossier constitué par l'OAIE (cf. consid. 7.1) sur lequel la Dresse O. _____ s'est prononcée contient

des rapports de spécialistes divers, soit les rapports des Drs B._____, neurochirurgien, C._____, du service orthopédique, G._____, du service rhumatologique, et de la Dresse H._____ de l'unité de la douleur, tous compétents pour se déterminer concernant les atteintes à la colonne vertébrale dont l'assuré souffre. De plus, les rapports de ces médecins traitants tiennent compte de l'anamnèse, des plaintes de l'assuré ainsi que des résultants des nombreux examens et traitements entrepris. Les résultats des examens par l'imagerie médicale ont également été joints. Le dossier médical fait donc état d'un examen très approfondi de l'état de santé de l'assuré. En outre, les conclusions des différents spécialistes sont concordantes s'agissant des diagnostics posés et des limitations fonctionnelles observées, respectivement de la capacité de travail résiduelle de l'assuré.

8.3.5 Plus encore, le Tribunal constate que la Dresse O._____ a suivi les conclusions des médecins espagnols.

Ainsi, en retenant que l'assuré souffrait d'un syndrome douloureux lombaire chronique – avec des discopathies dégénératives à plusieurs étages sans compression des racines ou de la myéline, un rétrolisthésis dégénératif L4-L5 de degré faible, sans déficits sensori-moteurs radiculaires cliniques et d'un point de vue électrophysiologique, des signes de dénervation chroniques racine L5 aux deux côtés accentués à droite et sans signes de dénervation actifs – ainsi que d'un syndrome douloureux cervical chronique avec discopathies dégénératives, le médecin de l'OAIE a confirmé les diagnostics très similaires, notés par les différents médecins espagnols – dont le Dr I._____ de la sécurité sociale espagnole avancé par le recourant (cf. rapport du 18 décembre 2019; AI pce 15). Le TAF ne saurait dès lors suivre ce dernier qui prétend que le médecin de l'OAIE n'avait pas tenu compte de toutes ses atteintes, étant précisé que le recourant n'a pas versé en cause de nouveaux rapports médicaux qui feraient part d'autres affections. Par ailleurs, selon la jurisprudence, la classification diagnostique concrète des atteintes – et donc la mention « complète », « sans abréviation » et « correcte » des diagnostics – n'est pas déterminante (cf. TF 9C_148/2020 du 2 juillet 2020 consid. 4.2.2 et références) puisqu'il n'existe aucune corrélation entre les diagnostics posés et l'incapacité de travail (ATF 140 V 193 consid. 3.1; TF 9C_570/2018 du 18 février 2019 consid. 3.2.1; 9C_793/2016 du 3 mars 2017 consid. 4.1.2; 9C_514/2015 du 14 janvier 2016 consid. 4), pour celle-ci, seules les limitations fonctionnelles observées étant déterminantes (TF 9C_851/2018 du 23 mai 2019 consid. 4.1.4).

A ce sujet, le TAF remarque, de surcroît, que les limitations attestées par le médecin de l'OAIE – activité légère ou, à l'occasion, moyennement lourde, en position assise ou en position assise et debout alternée, sans rotation du tronc, ni travail avec les bras au-dessus de la tête, sans se pencher, ni porter de charges de plus de 25 kg et seulement occasionnellement – sont proches de celles décrites par les médecins espagnols – pas d'effort physique important et pas de port de charges, selon le Dr B. _____, dans le rapport du 1^{er} février 2019 avancé par le recourant (AI pce 17; voir aussi les rapports des 3 novembre 2017 et 6 juillet 2020 [AI pces 17 et 40]) et le Dr G. _____ (rapports des 9 juillet et 10 septembre 2019 et du 3 janvier 2020 [AI pces 10, 12 et 27]), pas de port de charges physiques, mêmes légères ou modérées, pas de stations debout prolongées ou de positions fixes ainsi de mouvements de flexion et d'extension de la colonne lombaire, selon le Dr M. _____, dans le rapport du 13 mars 2020 avancé par le recourant (AI pce 19), mais des activités sédentaires, selon la Dresse N. _____ (rapport E 213 du 15 décembre 2020; AI pce 18).

Au regard des limitations décrites, il est incontesté que l'assuré ne peut plus poursuivre son activité habituelle dans l'abattoir qui est une activité lourde physiquement et comporte des positions contraignantes pour la colonne vertébrale (voir questionnaire pour l'employeur; AI pce 21 pp. 12 ss). Dans cette activité, le médecin de l'OAIE a alors admis une incapacité de travail totale et ceci depuis décembre 2019. En effet, le dernier jour de travail de l'assuré était le 18 décembre 2019 (AI pce 21 p. 13). Par contre, la Dresse O. _____ a attesté que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations. Le Tribunal n'a aucun motif à s'écarter de cette conclusion. Contrairement à ce que prétend le recourant, les limitations retenues, aussi par les médecins espagnols, n'excluent pas la poursuite d'une activité professionnelle adaptée qui les respecte. Dans ce sens, l'avis du Dr I. _____, exposé dans le rapport du 18 décembre 2019 (AI pce 15) que l'assuré a avancé et selon lequel, il ne peut plus exercer aucune activité professionnelle, n'est pas convaincant.

8.3.6 Au demeurant, c'est à juste titre que l'OAIE a rappelé que l'assurance-invalidité ne couvre pas l'atteinte à la santé en tant que tel, ou son traitement, mais l'incapacité de gain y résultant (cf. consid. 5.1). L'argument du recourant selon lequel son atteinte est grave, les médecins ayant exclu toute intervention chirurgicale, et qu'il doit suivre un traitement de la douleur tombe donc à faux puisque, pour les raisons exposées ci-dessus, la poursuite d'une activité professionnelle adaptée à ses limitations reste néanmoins possible. Plus encore, selon un principe général, valable

en assurances sociales, il appartient à la personne assurée de mettre en œuvre tout ce qui est raisonnablement exigible de sa part pour solliciter le moins lourdement possible l'assurance-invalidité (cf. art. 7 LAI; notamment : ATF 138 V 457 consid. 3.2; TF 8C_667/2015 du 6 septembre 2016 consid. 5.2; ANNE SYLVIE DUPONT, in: Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, Intro. gén. n° 44). Cette obligation implique notamment que, le cas échéant, l'on peut exiger de la part de l'assuré qu'il accepte une activité professionnelle adaptée à son état de santé même si celle-ci diffère de l'activité habituelle, afin de réduire sa perte de gain (TF I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 4.2; cf. art. 6 LPGGA cité; consid. 5.1), et qu'il s'intègre de son propre chef dans le marché du travail (à titre d'exemple : TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1).

8.3.7 Il est encore rappelé que la loi fait référence à un marché du travail équilibré (cf. art. 7 [consid. 6.2] et 16 LPGGA [consid. 5.3]) qui est une notion théorique et abstraite et sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Le marché du travail équilibré implique, selon la jurisprudence, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un large éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (TF 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2; 9C_830/2007 du 29 juillet 2008 consid. 5.1; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 28a n° 65). En outre, le Tribunal fédéral a jugé que le marché du travail équilibré est en mesure d'offrir des postes de travail non qualifiés pour n'importe quel âge et ne requérant ni de bonnes connaissances linguistiques ni de formation particulière (TF 9C_898/2017 du 25 octobre 2018 E. 3.4; voir aussi TF I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6.1). En l'occurrence, il sied donc d'admettre qu'il existe pour l'assuré un nombre important d'activités professionnelles respectant ses limitations fonctionnelles qui, de plus, ne requièrent pas une formation particulière. L'OAIE l'a relevé à juste titre.

8.4 En conclusion, les griefs du recourant s'avèrent mal fondés. Les conclusions du médecin de l'OAIE, fondées sur un dossier complet et des avis médicaux concordants, permettent de porter un jugement final sur les questions litigieuses (ATF 125 V 251 consid. 3a; cf. aussi ATF 143 V 418 consid. 5.2.2; TF 9C_667/2020 du 29 décembre 2020 consid. 3.2) et ses rapports bénéficient de la pleine valeur probante (cf. consid. 8.3.2 s.). Il est, par conséquent, établi selon la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 8.3.3), que l'assuré ne peut plus exercer son activité habituelle ainsi que toute autre activité physiquement lourde et contraignante pour la

colonne vertébrale depuis décembre 2019. Toutefois, dans une activité adaptée aux limitations retenues par le médecin de l'OAIE, sa capacité de travail est toujours entière.

9.

Il s'agit encore de déterminer le taux d'invalidité de l'assuré ainsi que son éventuel droit à une rente étant remarqué que le recourant n'a avancé aucun argument à ce sujet.

9.1 Le degré d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative doit être déterminé en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. consid. 5.3). Le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est alors comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité exprimé en pourcentage (cf. notamment : ATF 137 V 334 consid. 3.1.1; TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

9.2 Les revenus à comparer doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans la mesure du possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré avant et après la survenance de ses problèmes de santé (s'agissant du salaire sans invalidité : ATF 139 V 28 consid. 3.3.2; 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C_708/2017 du 23 février 2018 consid. 8.1; pour le salaire avec invalidité : ATF 139 V 592 consid. 2.3; 135 V 297 consid. 5.2). Selon la jurisprudence, à défaut d'un salaire de référence, un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques. Pour le marché du travail suisse, il s'agit des enquêtes sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS; ATF 139 V 592 consid. 2.3; 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1; 126 V 75 consid. 3b/aa et bb; TF 9C_363/2016 du 12 décembre 2016 consid. 5.3.1 s.; 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1). Plus encore, les salaires à comparer doivent se fonder sur un même marché du travail puisque les niveaux de rémunération et des coûts de la vie ne sont pas les mêmes d'un pays à l'autre et, partant, ne permettent pas de procéder à une comparaison objective des revenus en question (ATF 137 V 20 consid. 5.2.3.2; 110 V 273 consid. 4b; TF 8C_300/2015 du 10 novembre 2015 consid. 7.1).

9.3 En outre, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance (hypothétique) du droit à la rente. De surcroît, les revenus à comparer doivent être déterminés par rapport à un

même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 132 V 393 consid. 2.1; 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2; TF 8C_84/2018 du 1^{er} février 2019 consid. 6.2). Du reste, l'autorité doit se fonder sur les données les plus récentes disponibles au moment de la décision (ATF 143 V 295 consid. 4; TF 9C_699/2015 du 6 juillet 2016 consid. 5.2).

9.4

9.4.1 En l'espèce, l'OAIE a déterminé le taux d'invalidité par l'évaluation du 9 juin 2021 compte tenu des documents versés au dossier et de la carrière professionnelle de l'assuré (AI pce 45). Les revenus sans et avec invalidité à comparer ont ensuite été fixés sur la base du marché du travail suisse et les données statistiques de l'ESS. Cette manière de faire est justifiée puisque l'assuré n'a pas repris une activité professionnelle adaptée (cf. ATF 139 V 592 consid. 2.3; 129 V 472 consid. 4.2.1; 126 V 75 consid. 3b/aa) et les revenus doivent être déterminés sur la base du même marché du travail (cf. ci-dessus). De plus, l'OAIE a pris en compte l'année 2018. En effet, bien qu'un éventuel droit à une rente ne puisse naître qu'à compter du 1^{er} janvier 2021, 6 mois après le dépôt de la demande de prestations (AI pce 5; cf. art. 29 al. 1 LAI; consid. 5.2), l'OAIE ne disposait pas encore de données statistiques plus récentes lorsqu'elle a évalué le taux d'invalidité. Enfin, dans le respect de la jurisprudence, l'Office s'est basé sur la table TA1_skill_level, différenciée selon le niveau de compétences (cf. ATF 143 V 295 consid. 4.2.2).

9.4.2 Pour le revenu sans invalidité, l'OAIE a tenu compte du salaire mensuel brut d'un salarié travaillant dans la branche des industries alimentaires avec un niveau de compétence 2, correspondant aux tâches pratiques telles que la vente/les soins/le traitement de données et tâches administratives/l'utilisation de machines et d'appareils électroniques/les services de sécurité/la conduite de véhicules. En effet, l'assuré a travaillé presque 20 ans comme employé d'abattoir et bénéficie, partant, d'expériences professionnelles importantes, justifiant le niveau de compétence décrit. Le salaire sans invalidité s'élevait donc à 5'311 francs pour 40 heures/semaine, respectivement à 5'603.11 francs pour 42.2 heures/semaine usuelles dans cette branche en 2018, tel que retenu par l'OAIE.

9.4.3 Concernant le revenu d'invalidité, l'OAIE s'est référé au marché du travail entier lequel couvre les salaires de tous les secteurs de production et de services et contient, en effet, un large éventail d'activités adaptées

aux limitations de l'assuré (cf. aussi consid. 8.3.7). L'Office a, en outre, tenu compte du niveau de compétence 1, correspondant à des tâches physiques ou manuelles simples ce qui s'avère justifier, l'assuré ne pouvant plus travailler dans son activité habituelle et ne disposant pas de formations scolaires ou professionnelles spécifiques (cf. questionnaire à l'assuré du 17 mars 2021; AI pce 21 pp. 1 ss). Selon la rubrique « Total », le salaire s'élevait pour un homme à 5'417 francs pour 40 heures/semaines, respectivement à 5'647.22 francs pour 41.7 heures/semaine usuelles en 2018.

L'OAIE a encore pratiqué une réduction de 5% sur le salaire statistique eu égard à l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles, en particulier les limitations fonctionnelles en relation avec les atteintes à la santé, l'âge de l'assuré (59 ans), l'ancienneté chez l'ancien employeur (presque 20 ans) et le manque de formation certifiée ; ainsi, l'OAIE a retenu comme revenu avec invalidité 5'364.86 francs. Selon la jurisprudence, l'abattement effectué permet de tenir compte de circonstances personnelles et professionnelles de la personne concernée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou la catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) susceptibles de diminuer les possibilités de l'assuré invalide de réaliser un gain se situant dans la moyenne, applicable aux employé-e-s ne souffrant pas d'invalidité, sur le marché ordinaire de l'emploi. La hauteur de la déduction dépend de chaque cas d'espèce, une réduction automatique n'étant pas admissible, et elle ne peut dépasser 25% du salaire statistique (ATF 142 V 178 consid. 1.3; 135 V 297 consid. 5.2; 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b; 124 V 321 consid. 3b/aa; TF 9C_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.3). Le TAF, lors de son examen qui vise également l'opportunité de la décision attaquée (cf. consid. 2.1 ci-dessus), doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'Office AI et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25%) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent. Cependant, il ne substituera pas sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2; TF 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4; 9C_481/2017 du 1^{er} décembre 2017 consid. 3.2). En l'occurrence, le Tribunal estime qu'un abattement de 15% est approprié – plutôt que 5% – pour les éléments invoqués par l'OAIE qui limitent d'une manière importante les possibilités de l'assuré d'obtenir un salaire moyen. Le revenu d'invalide se monte, en conséquence, à francs 4'800.13 francs. Cela étant, même un abattement maximal de 25% – injustifié en l'espèce – correspondant à un revenu d'invalide de 4'235.42 francs, ne modifierait pas le résultat (cf. ci-après).

9.4.4 La comparaison des revenus fait apparaître, compte tenu d'un revenu d'invalidé de 4'800.13 francs, une perte de gain de 802,98 francs (5'603.11 francs – 4'800.13 francs), correspondant à un taux d'invalidité de 14% (802,98 francs / 5'603.11 francs x 100%). Pour un revenu d'invalidé de 4'235.42 francs, le taux d'invalidité serait de 24% ((5'603.11 francs – 4'235.42 francs) : 5'603.11 francs x 100%).

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI (consid. 6.4), ces taux ne donnent pas droit à une rente d'invalidité. C'est donc à juste titre que l'OAIE a rejeté le droit à une rente par la décision querellée.

10.

Au regard de ce qui précède, le recours de l'assuré est manifestement infondé. Il est rejeté dans une procédure à juge unique conformément à l'art. 85^{bis} al. 3 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS; RS 831.10) en relation avec l'art. 69 al. 2 LAI, et la décision attaquée du 14 septembre 2021 est, partant, confirmée.

11.

En vertu de l'art. 63 al. 1 PA, les frais de procédure fixés à 800 francs sont mis à la charge du recourant qui a succombé. Ils sont prélevés sur l'avance de frais du même montant versée par le recourant dans le cadre de la présente procédure (TAF pces 2 à 4).

En outre, il n'est pas alloué de dépens, le recourant étant débouté et l'OAIE en tant qu'autorité n'y ayant pas droit (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 7 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF; RS 173.320.2]).

Le dispositif se trouve à la page suivante.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté et la décision du 14 septembre 2021 confirmée.

2.

Les frais de procédure de 800 francs sont mis à la charge du recourant et prélevés sur l'avance de frais du même montant déjà versée.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé au recourant, à l'autorité inférieure et à l'Office fédéral des assurances sociales.

La juge unique :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Barbara Scherer

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, CH-6004 Lucerne, Suisse par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF). Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). 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 (art. 42 LTF).

Expédition :