



Cour III
C-4803/2008
{T 0/2}

Arrêt du 8 septembre 2010

Composition

Madeline Hirsig (présidente du collège),
Elena Avenati-Carpani, Francesco Parrino, juges,
Cédric Steffen, greffier.

Parties

X._____,
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

prestations AI (décision du 12 juin 2008).

Faits :**A.**

X._____, ressortissant espagnol né le 27 avril 1951, marié et père de deux enfants, a travaillé en Suisse en tant que maçon en 1970 et 1971. Il a acquitté, durant cette période, les cotisations obligatoires à l'assurance vieillesse, survivant et invalidité (AVS/AI; pces 1 et 3). Il a ensuite effectué l'essentiel de sa carrière professionnelle dans son pays d'origine.

Le 8 juin 2007, son contrat de travail auprès de son employeur espagnol a pris fin et n'a pas été renouvelé. L'intéressé s'est inscrit au chômage à partir du 9 juin 2007 (pces 3 et 8).

B.

Le 17 juillet 2007, il a présenté une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité suisse (AI, pce 2). Les documents médicaux suivants ont été versés au dossier:

- un rapport du 14 mai 2007 de la Dresse A._____, praticienne spécialisée en oto-rhino-laryngologie (ORL) à l'Hôpital Virxada Xunqueira à La Corogne, qui mentionne que X._____ est venu consulter pour un déficit auditif (hypoacousie) de l'oreille gauche. Il est rapporté que le patient n'indique pas souffrir d'une infection, de crises de vertiges ou d'acouphènes. Il exerce dans un milieu bruyant (construction) sans protection acoustique. Les examens pratiqués démontrent une perte auditive de 20% à l'oreille droite et de 27.50% à l'oreille gauche, pour une perte bilatérale de 21.25%. La Dresse A._____ diagnostique un dysfonctionnement cochléaire (cochleopathy) suite à un traumatisme acoustique de nature chronique et recommande le port de matériel de protection auditif durant le travail (pces 10 et 16);
- un certificat manuscrit du Dr B._____ du 20 juin 2007, qui retient des épisodes de lombalgies, un eczéma au ciment et une hypoacousie neurosensorielle bilatérale (pces 11 et 15);
- un bilan de santé par un médecin du travail, le Dr C._____, daté du 11 mai 2007, qui observe des lombalgies, de l'arthrose, une hypoacousie marquée et un déficit de la vision globale. Il conclut que X._____ est apte à exercer son travail pour autant qu'il bénéficie

des moyens de prévention adéquats. Ce dernier doit être strict quant à l'utilisation de protections auditives dans un milieu bruyant. Une consultation chez un ophtalmologue est préconisée (pce 14);

- le rapport E 213 du 13 août 2007 de l'Institut national de sécurité sociale espagnole (INSS), dans lequel le Dr D._____ signale que l'intéressé se plaint d'une perte de l'audition aux deux oreilles depuis un à deux ans, d'épisodes de lombalgies et de dermatites occasionnelles aux mains. Il relève une hypoacousie neurosensorielle bilatérale (données chiffrées reprises de la pce 10) et une arthrose spinale avec mobilité de la colonne vertébrale conservée. Les épisodes de lombalgies n'occasionnent pas de déficit fonctionnel. Le port de protections auditives sur le lieu de travail est conseillé. Le retentissement sur l'état de santé est jugé faible. L'assuré ne présente pas de signes actuels d'invalidité. Il est capable d'exercer son activité de maçon ou tout autre travail adapté (pce 17);
- les examens du sang et des urines du 26 avril 2007, qui n'ont rien révélé d'anormal (pces 12 et 13).

C.

Dans sa prise de position médicale du 29 mars 2008, le Dr E._____ de l'OAIE a diagnostiqué des épisodes de lombalgies et une hypoacousie modérée bilatérale sans répercussion sur la capacité de travail, que ce soit dans la dernière activité ou une activité de substitution. Il remarque que l'atteinte fonctionnelle au niveau lombaire et de l'appareil locomoteur est inexistante. L'ensemble de la fonction vertébrale est normale. L'hypoacousie n'est pas incompatible avec une activité normale. Il propose le rejet de la demande (pce 19).

D.

Dans son projet de décision du 10 avril 2008, l'OAIE a estimé que malgré l'atteinte à la santé, l'exercice d'une activité lucrative par X._____ était toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à la rente. Il lui a été donné la possibilité de faire part de ses observations (pce 20).

Dans ses déterminations du 22 avril 2008, X._____ a fait valoir que les affections dont il souffrait avaient un caractère permanent et irréversible qui entraînait une diminution de sa capacité de travail d'au moins 50%. Il ne pouvait se réorienter dans un autre domaine que la construction. Sur le marché de l'emploi, seuls des travaux requérant

un effort physique important étaient proposés, ceux-là même qu'il n'avait plus la capacité d'exercer (pce 21).

E.

Par décision du 12 juin 2008, l'OAIE a rejeté la demande de prestations AI déposée par X._____ sur la base de l'argumentation figurant à l'appui de son projet de décision (pce 22).

Le 2 juin 2008, X._____ a transmis à l'OAIE un nouveau rapport médical du 19 mai 2008 de l'Hôpital de Virxada Xunqueira, dans lequel le médecin chef F._____ de la section ORL indique que l'intéressé est suivi périodiquement depuis octobre 2005 pour une hypoacousie. Il recommande à son patient de porter des protections auditives et d'éviter une exposition au bruit qui soit intense ou prolongée (pces 23).

F.

Le 17 juillet 2009, X._____ a recouru devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après: le TAF ou le Tribunal) contre la décision du 12 juin 2008. Il a repris, pour l'essentiel, la motivation figurant à l'appui de ses déterminations du 22 avril 2008 et a produit, dans le cadre du recours, le rapport médical du 19 mai 2008 déjà versé en cause. Il a soutenu que compte tenu de ses douleurs, de son âge et de sa formation, sa capacité de gain avait diminué de 50% (TAF pce 1).

Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAIE en a proposé le rejet par préavis du 24 septembre 2008, notant que le dernier certificat médical n'apportait pas d'élément nouveau (TAF pce 3). Invité à prendre position, le recourant n'a pas répliqué dans le délai imparti.

G.

Par décision incidente du 6 octobre 2008, le TAF a invité le recourant à s'acquitter d'une avance sur les frais de procédure présumés de Fr. 300.-- dans un délai de 30 jours dès réception, sous peine d'irrecevabilité. Le 11 novembre 2008, constatant que seul un montant net de Fr. 292.-- avait été porté en compte, le Tribunal a exigé le paiement du solde, lequel a été versé le 1^{er} décembre 2008. Par pli du 2 décembre 2008, X._____ a déclaré avoir transféré Fr. 300.-- sur le compte du Tribunal en date du 3 novembre 2008. Il a demandé le remboursement de Fr. 8.-- ainsi que des frais bancaires de Euro 25.--.

Droit :**1.**

Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF, le TAF, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE concernant l'assurance-invalidité peuvent être contestées devant le TAF conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), celui-ci étant dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

2.

2.1 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

2.2 Le recourant est particulièrement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA). Il a, partant, qualité pour recourir.

2.3 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

3.

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 2^e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les

arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, ALFRED KÖLZ/ISABELLE HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd. Zurich 1998 n. 677).

4.

4.1 Le requérant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable en l'espèce l'accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002 (ALCP, RS 0.142.112.681) – dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a LAI).

Conformément à l'art. 3 al. 1 du règlement du 14 juin 1971 (CEE) N° 1408/71 du Conseil, les personnes, qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions dudit règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du règlement 1408/71).

4.2 De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). 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 257 consid. 2.4).

5.

5.1 S'agissant du droit applicable, il convient de préciser que le 1^{er} janvier 2008 les modifications de la LAI introduites par la modification du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) sont entrées en vigueur (RO 2007 5129). Eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2), si le cas d'assurance survient avant le 1^{er} janvier 2008, ce sont les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 qui s'appliquent. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales 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 (ATF 116 V 246 consid. 1a et les arrêts mentionnés).

Il sied de noter que les principes légaux et jurisprudentiels prévalant lors de l'évaluation de l'invalidité n'ont pas subi de modification avec l'introduction du nouveau droit. En revanche, depuis le 1^{er} janvier 2008, l'assuré doit compter au moins trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité pour avoir droit à une rente ordinaire, contre une année sous l'ancien droit (cf. art. 36 LAI).

5.2 En l'espèce, le recourant a déposé sa demande de prestations de l'assurance-invalidité le 17 juillet 2007 et la décision litigieuse le concernant a été prononcée le 12 juin 2008. Les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI et de la LPGGA sont donc applicables et les dispositions citées ci-après sont, sauf précision contraire, celles en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2008. Le droit à la rente s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 est examiné à la lumière des anciennes normes.

6.

En dérogation à l'art. 24 LPGGA, 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 de céans peut se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 17 juillet 2006 (12 mois avant le

dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 12 juin 2008, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et 1.2.1).

7.

Tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse:

- être invalide au sens de la LPGA/LAI et
- avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant au moins une année (art. 36 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), respectivement, à compter du 1^{er} janvier 2008, durant trois années au total, dont au moins une en Suisse, auprès d'une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (FF 2005 p. 4291; art. 45 du règlement 1408/71).

En l'occurrence, le recourant remplit la condition liée à la durée minimale de cotisations. Reste dès lors à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

8.

8.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). De plus, il n'y a incapacité de gain que si elle n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

8.2 Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2008), 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. Toutefois, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 28 al. 1^{er} LAI, art. 29 al. 4 LAI à partir du 1^{er} janvier 2008). Suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP, les ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins ont droit à un quart de rente s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol d'un Etat membre.

Depuis le 1^{er} janvier 2008, l'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente (échelonnée selon le taux d'invalidité, art. 28 al. 2 LAI) 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 (art. 28 al. 1 let. a LAI);
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI);
- au terme de cette année il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI).

8.3 Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, texte en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, 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; 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). Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 29 al. 1 LAI (VSI 1998 p. 126 consid. 3c).

A partir du 1^{er} janvier 2008, le droit à la rente prend naissance au plus

tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

9.

9.1 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; méthode générale).

9.2 Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

9.3 L'art. 69 RAI prévoit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

Le tribunal des assurances 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 réf. cit.). Le juge des assurances ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa, ATF 118 V 220 consid. 1b et réf. cit.).

10.

Les médecins qui ont examiné X._____ ont posé le diagnostic suivant: arthrose spinale, épisodes de lombalgies, hypoacousie.

Etant donné qu'il ne s'agit pas là d'un état de santé stabilisé, la let. a de l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) est inapplicable; seule peut entrer en considération la let. b de cette disposition légale prévoyant en principe une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail relevante pour la détermination du début du droit à la rente.

11.

En l'espèce, l'OAIE a estimé que les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité n'étaient pas réunies en se fondant sur les pièces médicales du dossier, plus particulièrement sur la prise de position du Dr E._____ et du rapport E 213 (pces 17 et 19). L'OAIE a conclu à une pleine capacité de travail de l'assuré dans son activité actuelle ou dans une activité de substitution.

Le recourant, pour sa part, est d'avis que l'ensemble de ses douleurs doivent conduire à lui reconnaître une incapacité de travail d'au moins 50%.

12.

Dans le cas présent, force est de constater que le taux d'incapacité de gain de 50% avancé par le recourant ne repose sur aucune indication médicale. En effet, tant le Dr C._____, médecin du travail, que le Dr D._____ de l'INSS, qui ont pourtant tous deux procédé à un examen clinique complet de l'état de santé du recourant, n'ont retenu une incapacité de travail.

Chacun a relevé que X._____ connaissait des épisodes de lombalgies, une arthrose aux mains et à la colonne vertébrale ainsi qu'une perte auditive marquée. Le Dr C._____ n'en a pas moins conclu que l'intéressé était apte au travail, moyennant le port d'un casque ou d'une protection acoustique adéquate (pce 14, p. 9). Le Dr D._____, quant à lui, a noté que les lombalgies n'avaient pas causé de déficit fonctionnel. La mobilité au niveau de la colonne vertébrale était conservée. S'agissant de l'hypoacousie, il a rejoint les recommandations du spécialiste en ORL (pce 16), à savoir le port d'une protection acoustique adaptée. Il a dès lors estimé que X._____ ne présentait aucun signe d'invalidité professionnelle et qu'il pouvait exercer à plein temps son ancienne activité (pce 17). Dans sa prise de position du 29 mars 2008, le Dr E._____ du service médical de l'OAIE n'a fait que synthétiser les observations de ses collègues espagnols, remarquant que l'atteinte au niveau lombaire et à l'appareil locomoteur était inexistante et que X._____ pouvait continuer à exercer en tant que maçon. En outre, hormis un contrôle annuel en ORL, le Tribunal relève que le recourant ne suit aucun traitement thérapeutique. Le certificat médical du 19 mai 2008 du Dr F._____ produit au stade du recours (TAF pce 1 annexe 1), qui reprend et confirme le diagnostic posé le 14 mai 2007 par la Dresse A._____ (pce 16), ne modifie nullement cette appréciation.

Aussi, il ressort des avis médicaux exprimés unanimement par le corps médical que X._____ ne présente pas d'incapacité de travail. Le Tribunal ne saurait ainsi se rallier à l'opinion du recourant selon lequel sa capacité de gain est réduite de moitié, un point de vue qui repose sur son avis personnel, sans être étayé par les pièces versées au dossier. Du reste, le TAF remarque que le recourant n'a pas dû interrompre son activité de maçon en raison de problèmes de santé, mais que son contrat est arrivé à terme et qu'il n'a pas été renouvelé par son dernier employeur (cf. pce 8 p. 3).

13.

A cet égard, le Tribunal n'ignore pas les difficultés rencontrées par le recourant pour retrouver un emploi dans la construction étant donné la profonde crise que l'Espagne traverse actuellement dans ce domaine. Toutefois, le fait que le recourant ne puisse mettre en valeur sa capacité de travail pour des raisons étrangères à l'invalidité ne relève pas de l'assurance-invalidité, car il s'agit là de facteurs qui ne sont pas liés à l'invalidité et que l'assurance-invalidité n'est pas tenue de

prendre en charge (RCC 1991 p. 329 consid. 3c). Dans ce contexte, la formation professionnelle, les aptitudes physiques et mentales de l'assuré, ainsi que son âge, ne sont pas des facteurs supplémentaires propres à influencer l'étendue de l'invalidité (RCC 1982 p. 34 consid. 2c).

Au vu de ce qui précède, le recours du 14 juillet 2008 doit être rejeté et la décision du 12 juin 2008 de l'autorité inférieure confirmée.

14.

En ce qui concerne les frais de procédure présumés, le recourant conteste le supplément de Fr. 8.-- que le Tribunal a exigé en complément à l'avance de frais de Fr. 292.-- versée le 5 novembre 2008. Il expose avoir effectué un paiement de Fr. 300.-- et non de Fr. 292.--.

A ce propos, le Tribunal ne peut que confirmer que le 5 novembre 2008, son compte n'a été crédité que de Fr. 292.-- net. Ce versement partiel provient sans doute du fait que la banque du recourant ne l'a pas informé qu'elle prélèverait une commission sur le montant versé pour payer l'avance de frais, ce qui a ensuite nécessité le paiement de la différence de Fr. 8.--. Le Tribunal ne peut qu'inviter le recourant à se mettre en relation avec sa banque afin d'éclaircir cette question et de connaître les raisons pour lesquelles seuls Fr. 292.-- et non Fr. 300.-- ont été virés sur le compte du Tribunal.

Cela étant, dans la mesure où le versement de Fr. 8.-- exigé par ordonnance du TAF du 11 novembre 2008 était justifié pour compléter le montant insuffisant de l'avance de frais, il n'y a pas lieu de procéder à un remboursement de ce montant, pas plus d'ailleurs que des frais bancaires de Euro 25.--. La requête du recourant en ce sens est donc rejetée.

15.

Les frais de procédure, fixés à Fr. 300.--, sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais dont il s'est acquitté au cours de l'instruction.

Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 7 al. 1 *a contrario* du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et

indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

La demande de remboursement partiel de l'avance de frais et des frais bancaires est rejetée.

3.

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 versée le 5 novembre 2008 et complétée le 1^{er} décembre 2008.

4.

Il n'est pas alloué de dépens.

5.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé + AR)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...]; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig

Cédric Steffen

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée 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. 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 :