



Cour III
C-512/2017

Arrêt du 22 novembre 2018

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Michela Bürki Moreni, Christoph Rohrer, juges,
Isabelle Pittet, greffière.

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 ; octroi d'un quart de rente ; décision du
23 décembre 2016.

Faits :**A.**

A._____ est un ressortissant portugais, né le [...] 1960. Marié, il est père de quatre enfants nés en 1988, 1994, 1996 et 2002 (OAIE doc 2). Il a travaillé et cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) en Suisse de 1990 à 2001 (OAIE doc 14). De retour au Portugal, il a exercé l'activité de maçon auprès de l'entreprise B._____ du 3 novembre 2003 au 26 février 2013, date à laquelle il a cessé toute activité professionnelle en raison de problèmes de santé (OAIE docs 3, 7, 8, 15, 17).

B.

Le 12 juin 2015, A._____ a déposé une demande de rente d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), qui l'a reçue le 10 juin 2016 (OAIE doc 2).

Ont été versés au dossier dans ce cadre le questionnaire à l'assuré, du 29 juillet 2016 (OAIE doc 7 p. 1 à 5), et deux questionnaires pour l'employeur, signés par l'entreprise B._____, l'un du 29 juillet 2016 (OAIE doc 7 p. 6 et 7), l'autre du 4 novembre 2016, le second accompagné d'annexes relatives à la rémunération de l'intéressé (OAIE doc 17). Ont également été produits les documents médicaux suivants :

- un rapport médical E 213 du 14 décembre 2015, établi par le Dr C._____ ; celui-ci retient le diagnostic de pathologie dégénérative au niveau de la colonne lombaire ; il note, dans les antécédents médicaux, un accident vasculaire cérébral un an auparavant, sans séquelles, et une intervention chirurgicale pour des varices ; il indique que l'intéressé se plaint principalement de lombalgies évoluant depuis des années ; une opération de hernie discale en L4-L5 a eu lieu en mai 2013 ; il relève également l'absence de sciatgie, un surpoids, des mouvements lents, mais une marche sans altérations (OAIE doc 4),
- un journal médical établi par les Drs D._____ et E._____, neurochirurgiens ; en date du 15 décembre 2014, le Dr D._____ fait référence à l'intervention ayant eu lieu le 28 mai 2013, soit une fenestration en L4-L5 à gauche, une discectomie et une foraminotomie, et relate de la part de l'intéressé des plaintes de lombalgies intenses et invalidantes, réfractaires aux analgésiques, provoquant parfois une claudication, sans indices toutefois en faveur d'une maladie rhumatologique ; il fait état d'une discopathie en L4-L5 et L5-S1, d'une fibrose en L4-L5 à gauche, d'altérations de type Modic en L5-S1 et d'altérations dégénératives sacro-iliaques, et propose, compte tenu

des plaintes de l'intéressé, qui ne peut travailler, une stabilisation dynamique lombaire ; au 15 juin 2015, le Dr D._____ rapporte les mêmes plaintes de la part de l'intéressé, et précise notamment qu'il n'y a pas d'irradiation dans les membres inférieurs ; une opération est prévue en 2016 ; au 31 mars 2016, le Dr E._____ indique qu'ont été réalisées le 29 février 2016 la pose d'un implant inter-épineux en L4-L5 et une arthrodèse ; l'intervention et les suites opératoires se sont déroulées sans complications, l'intéressé faisant état d'une amélioration quand il est allongé, mais de difficultés à la marche (OAIE doc 9),

- un rapport du 22 mai 2015 dans lequel le Dr E._____ mentionne notamment que depuis l'intervention de mai 2013, l'intéressé n'est pas retourné au travail en raison de douleurs lombaires, avec des difficultés à se déplacer ; une pathologie rhumatologique a été exclue ; l'examen lombaire ne montre que des discopathies en L4-L5 et L5-S1 ; par ailleurs, un examen cérébral montre des lésions séquellaires ischémiques expliquant les signes observés de syndrome pyramidal des membres inférieurs ; le médecin rapporte que l'intéressé a de la peine à se mouvoir, en particulier lors du passage de la position assise ou couchée à la position debout, et conclut que l'intéressé n'est pas en mesure de reprendre son travail et qu'il est actuellement en état d'incapacité (OAIE doc 10),
- un rapport de sortie du 29 février 2016 établi par le Dr D._____ suite à la pose de l'implant inter-épineux et à l'arthrodèse réalisées le même jour (OAIE doc 11),
- un rapport du 7 mai 2016 du Dr E._____, semblable à son rapport du 22 mai 2015 ; le Dr E._____ ajoute que suite à l'intervention de février 2016, l'intéressé présente une amélioration des symptômes, bien qu'il ait du mal à se déplacer (OAIE doc 12),
- un rapport du 8 juillet 2016 du Dr F._____, chirurgien vasculaire, lequel indique que l'intéressé a été examiné en 2013 pour des varices aux membres inférieurs ; il a subi le 20 mars 2014 une saphénectomie à droite, avec excision et ligature bilatérale ; l'intervention, de même que la période postopératoire se sont déroulées sans complications ; l'intéressé a ensuite été suivi en consultation (OAIE doc 13).

C.

Consulté dans le cadre de l'examen de la demande de prestations AI, le

Dr G. _____, médecin généraliste auprès du service médical de l'OAIE, a retenu, dans sa prise de position du 26 septembre 2016 (OAIE doc 16), le diagnostic principal de syndrome lombo-spondylogène chronique (CIM-10 : M47.8) avec status après opération d'une hernie discale le 28 mai 2013 et status après arthrolyse L4-L5 en février 2016, le diagnostic associé avec répercussion sur la capacité de travail d'obésité (CIM-10 : E66) et le diagnostic associé sans répercussion sur la capacité de travail de status après AVC en 2014, sans déficit neurologique significatif suite à la lyse du caillot. Enumérant les limitations fonctionnelles qu'il retient au vu des troubles dont souffre le recourant, il conclut à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et à une incapacité de travail de 30% dans des activités de substitution dès le 28 mai 2013. Le Dr G. _____ explique que l'activité habituelle et l'effort physique qu'elle demande ne sont plus exigibles, mais qu'un travail léger l'est, bien que soumis à certaines limitations dont il découle une réduction de la capacité de travail dans une activité adaptée. Comme exemples d'activités de substitution, il propose en particulier la surveillance de parking ou de musée, la vente par correspondance ou de billets, l'accueil, la saisie de données ou le scannage.

D.

Sur cette base, l'OAIE a effectué une comparaison des revenus en application de la méthode générale, mettant en évidence un taux d'invalidité de 48% (OAIE doc 18).

Par projet de décision du 15 novembre 2016 (OAIE doc 20), l'OAIE a informé A. _____ qu'il entendait lui reconnaître le droit à un quart de rente d'invalidité, qui lui serait versée à partir du 1^{er} décembre 2015, la demande de prestations AI ayant été introduite le 12 juin 2015.

E.

Dans une écriture du 29 novembre 2016 (OAIE doc 21), A. _____ a contesté le projet de décision du 15 novembre 2016 et demandé que son taux d'invalidité soit réexaminé. Il soutient qu'il ne peut pas reprendre d'activité, quelle qu'elle soit, ressentant des douleurs dans toutes les positions et se déplaçant péniblement dans une chaise roulante qu'on lui a prêtée. Il joint à son écriture, outre les rapports médicaux déjà produits précédemment (OAIE docs 22, 24 à 27), un nouveau rapport du 6 août 2016 du Dr E. _____, lequel, relevant les mêmes éléments que dans ses rapports des 22 mai 2015 et 7 mai 2016, indique par ailleurs que malgré l'amélioration au niveau lombaire, il est d'avis que l'intéressé ne peut plus exercer son métier (OAIE doc 23).

F.

Par décision du 23 décembre 2016 (OAIE docs 29, 30), l'OAIE a confirmé le projet de décision du 15 novembre 2016 et alloué à l'intéressé, dès le 1^{er} décembre 2015, un quart de rente d'invalidité, correspondant à un degré d'invalidité de 48%, accompagné d'un quart de rente pour enfant liée à la rente du père, relatif à l'enfant né en 2002.

G.

G.a Par acte du 20 janvier 2017 (TAF pce 1), A._____ a formé recours contre la décision du 23 décembre 2016. Il soutient qu'il est définitivement invalide dans toutes les professions. Il joint à son recours un nouveau rapport du 12 janvier 2017 du Dr E._____, lequel, reprenant les éléments de ses rapports précédents, note en particulier que son patient ne travaille plus depuis 2013 en raison des douleurs qu'il ressent et du handicap physique qui en résulte, et que malgré les interventions subies, l'intéressé se plaint toujours de lombalgies invalidantes, réfractaires aux analgésiques, sans signe toutefois de radiculaire ; le Dr E._____ conclut que son patient présente une pathologie qui l'empêche d'exercer toute activité. Le recourant produit encore une attestation médicale d'incapacité du 12 septembre 2016 établie par le Conseil médical d'évaluation du ministère portugais de la santé lui reconnaissant une invalidité permanente globale de 79%.

G.b Invité à prendre position sur le recours, l'OAIE a consulté à cet égard le Dr G._____, lequel, dans une prise de position du 13 février 2017 (annexe à TAF pce 3), a confirmé ses conclusions précédentes, déclarant que la documentation soumise n'apportait pas d'éléments nouveaux. Dans sa réponse du 8 mars 2017 (TAF pce 3), l'OAIE s'est notamment référé à la prise de position du Dr G._____ précitée et a proposé le rejet du recours.

G.c Dans une réplique du 27 mars 2017 (TAF pce 7), le recourant a fait valoir au surplus que personne ne voudra l'employer au vu de ses problèmes médicaux et de son manque d'expérience dans un autre domaine que les travaux publics. Il souhaite être examiné par le Dr G._____, ne voulant pas qu'on juge son état sans avoir été examiné.

Invitée à dupliquer, l'autorité inférieure, par écriture du 20 avril 2017 (TAF pce 9), a réitéré ses conclusions précédentes quant au rejet du recours.

Droit :**1.**

1.1 Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA [RS 172.021] ; ATAF 2016/15 consid. 1, ATAF 2014/4 consid. 1.2).

En vertu de l'art. 31 LTAF (RS 173.32) en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours.

1.2 La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. d^{bis} PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

1.3 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 (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pces 4 à 6), le recours est recevable.

2.

Le recourant, à qui la décision litigieuse alloue un quart de rente, fait valoir que les atteintes à la santé dont il souffre l'empêchent d'exercer toute activité professionnelle ; il demande ainsi implicitement l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il s'agit donc d'examiner en l'espèce si l'autorité inférieure a estimé à juste titre que l'intéressé peut travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et présente un taux d'invalidité de 48% ouvrant droit à un quart de rente d'invalidité.

3.

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit

administratif, vol. II, 3^e éd. 2011, Berne 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243). 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 ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPG) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

4.

4.1 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 (ATF 143 V 446 consid. 3.3, ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Sauf indication contraire, les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6^e révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), s'appliquent au cas d'espèce.

4.2 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 (en l'espèce, le 23 décembre 2016). 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, ATF 130 V 445 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du Tribunal fédéral 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références).

4.3 L'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où le recourant est un ressortissant portugais, domicilié au Portugal, ayant travaillé en Suisse. Est dès lors applicable à la présente cause, l'accord du

21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP [RS 0.142.112.681]), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALPC). 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'AI 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). Ainsi, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité, ou une attestation médicale d'incapacité établie par une autorité de sécurité sociale étrangère, ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse.

5.

En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans (voir en particulier OAIE docs 14 [attestation concernant la carrière d'assurance en Suisse] et 30 p. 5) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations, eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (art. 36 al. 1 LAI). Il reste à examiner si et dans quelle mesure il est invalide au sens de la LAI.

6.

6.1 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). L'art. 4 al. 2 LAI mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une

partie des possibilités de gain de la personne assurée 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. Par incapacité de travail, on entend 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 son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle (art. 6 1^{ère} phrase LPGA). L'AI suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, 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 LPGA). 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 LPGA).

6.2 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que la personne assurée ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c).

6.3 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, 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 personnes assurées qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1^{er} juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'une personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

6.4 Selon l'art. 29 al. 1 LAI enfin, 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 la personne assurée 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 la personne assurée (concernant la relation entre art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, voir ATF 142 V 547 consid. 3.2). L'art. 29 al. 3 LAI précise que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

7.

7.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique d'une personne assurée et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. 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 assurée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6, ATF 132 V 93 consid. 4, ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références).

7.2 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

7.2.1 Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, le Tribunal s'assurera que les points litigieux importants 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 du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, ATF 125 V 351 consid. 3a).

7.2.2 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, il convient de les apprécier avec une certaine réserve, en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, qui unit celui-ci ou celle-ci à son patient (arrêt du Tribunal fédéral I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2, 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 et 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2). Concernant les rapports des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaçant contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4, ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

8.

Le Tribunal constate dans un premier temps que les médecins intervenus dans la présente affaire s'accordent quant aux diagnostics et observations médicales. On rappellera à cet égard qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1).

8.1 Il ressort ainsi des documents au dossier, en particulier des rapports des Drs E. _____ et D. _____, neurochirurgiens traitant le requérant, que les atteintes à la santé dont souffre ce dernier touchent principalement la région lombaire. Le 28 mai 2013 en effet, l'intéressé a été opéré d'une hernie discale en L4-L5 (OAIE docs 4 p. 2, 9 à 12, 23 ; TAF pce 1). Dès décembre 2014 à tout le moins (OAIE doc 9 p. 1), les médecins rapportent que l'intéressé se plaint de lombalgies intenses, réfractaires aux médicaments, sans indices, toutefois, d'une maladie rhumatologique

(OAIE docs 4 p. 2, 9 p. 1, 10), et observent une discopathie en L4-L5 et L5-S1, les signes de l'intervention de mai 2013 (fenestration L4-L5) avec un discret tissu fibro-cicatriciel en L4-L5 à gauche, des altérations de type Modic en L4-L5 et L5-S1 et des altérations dégénératives sacro-iliaques (OAIE docs 9 p. 1 et 10). Ils proposent alors à l'intéressé une nouvelle intervention afin de soulager ses douleurs. Dans son rapport E 213 du 14 décembre 2015, le Dr C._____ retient le diagnostic de pathologie dégénérative de la colonne lombaire (OAIE doc 4 p. 3). Le 29 février 2016, la pose d'un implant inter-épineux en L4-L5 et une arthrodèse sont réalisées, apportant, pour un temps, une amélioration des symptômes au niveau lombaire. Les observations médicales et les diagnostics restent cependant les mêmes que précédemment ; une pathologie rhumatologique est notamment exclue (voir rapport de sortie de l'hôpital et rapports des 7 mai et 6 août 2016, et 12 janvier 2017 du Dr E._____ [OAIE docs 11, 12, 23 ; TAF pce 1]).

8.2 Les médecins rapportent également que le recourant a été victime d'un AVC en 2014, qui s'est résorbé suite à la lyse du caillot ; seules quelques séquelles ischémiques sont observées lors d'un examen cérébral, pouvant expliquer les signes de syndrome pyramidal des membres inférieurs observés (OAIE docs 4 p. 2, 10, 12, 23). Enfin, l'intéressé présentait en 2013 des varices aux membres inférieurs, traitées en mars 2014 par une intervention qui s'est bien déroulée, de même que la période postopératoire (rapport du 8 juillet 2016 du Dr F._____ [OAIE doc 13]) ; voir également OAIE doc 4 p. 2 et TAF pce 1 [rapport du Dr E._____ du 12 janvier 2017]).

8.3 Sur la base de ces informations médicales claires et cohérentes, le Dr G._____, du service médical de l'OAIE, a retenu de façon tout à fait convaincante, dans sa prise de position du 26 septembre 2016 (OAIE doc 16), le diagnostic principal de syndrome lombo-spondylogène chronique avec status après opération d'une hernie discale et status après arthrodèse L4-L5, le diagnostic associé, avec répercussion sur la capacité de travail, d'obésité, relevé en particulier par le Dr C._____ dans le rapport E 213 (OAIE doc 4 p. 2), et le diagnostic associé, sans répercussion sur la capacité de travail, de status après AVC en 2014, sans déficit neurologique significatif suite à la lyse du caillot.

9.

S'agissant à présent des répercussions des atteintes précitées sur la capacité de travail du recourant, le Tribunal est là aussi d'avis que les conclusions du Dr G._____ sont convaincantes et doivent être suivies.

9.1 Ainsi, concernant les limitations fonctionnelles subies par le recourant en raison de son état de santé, les médecins traitants rapportent principalement des difficultés à la marche et lors du passage de la position assise ou couchée à la position debout. Dans le journal médical établi par les neurochirurgiens de l'intéressé (OAIE doc 9), le Dr D. _____ mentionne en décembre 2014 une claudication ponctuelle, tandis que le Dr E. _____ relève que suite à l'arthrodèse de février 2016, l'intéressé fait état de difficultés à la marche. Dans ses rapports des 22 mai 2015, 7 mai 2016 et 6 août 2016 (OAIE docs 10, 12, 23), le Dr E. _____ signale encore que l'intéressé a de la peine à se mouvoir, en particulier lorsqu'il s'agit de se mettre debout, et ce, malgré une amélioration des symptômes (OAIE doc 12). A cet égard, le Dr C. _____ se distancie quelque peu de ses confrères, puisqu'il indique, dans le rapport E 213 du 14 décembre 2015, que si les mouvements sont lents, la marche n'est pas altérée (OAIE doc 4 p. 3). Il convient toutefois de relever qu'en comparaison des rapports des Drs E. _____ et D. _____, tous deux neurochirurgiens, en particulier des rapports des 22 mai 2015, 29 février 2016, 7 mai 2016 et 6 août 2016 (OAIE docs 10 à 12, 23) qui, bien que succincts, sont clairs et cohérents, tiennent compte de l'anamnèse et de l'évolution de l'état de santé du recourant, de même que de ses plaintes, et se fondent sur divers examens de l'intéressé, le rapport E 213, extrêmement sommaire et incomplet, en particulier concernant les limitations fonctionnelles et la capacité de travail, ne satisfait pas aux exigences jurisprudentielles en la matière (voir supra consid. 7.2.1). Il sied encore de mentionner que le recourant a indiqué à deux reprises, dans son écriture du 29 novembre 2016 (OAIE doc 21) et dans sa réplique du 27 mars 2017 (TAF pce 7), qu'il se déplace en chaise roulante. Or, aucun élément au dossier ne vient corroborer cette allégation ; en particulier, aucun des médecins intervenus dans la présente affaire ne fait allusion à une chaise roulante ou à la nécessité dans laquelle se trouverait le recourant de faire usage d'un tel moyen pour se déplacer.

9.2 Cela étant, le Dr G. _____, dans sa prise de position du 26 septembre 2016 (OAIE doc 16), qu'il a ensuite confirmée, le 13 février 2017, en procédure de recours (annexe à TAF pce 3), a tenu compte des observations des uns et des autres quant aux limitations à prendre en considération, en lien en particulier avec les difficultés à se mouvoir et à se déplacer. Il a en effet estimé qu'il fallait que le recourant puisse travailler en position assise ou alternée, et éviter toute activité exigeant une rotation du tronc, l'élévation des bras au-dessus de la tête, les flexions en avant, les tâches à genou ou accroupi, l'utilisation d'échelles ou d'échafaudage, la marche sur des terrains irréguliers et de la rapidité. Il a également

considéré que le port de charges au-delà de 5 kg était à proscrire, de même que l'exposition au froid, à l'humidité ou aux intempéries, et qu'il était nécessaire que l'intéressé puisse observer une pause de 10 minutes toutes les heures travaillées. Enfin, le médecin AI, se fondant sur les observations des médecins traitants de l'intéressé concernant notamment les signes de syndrome pyramidal des membres inférieurs (voir OAIE docs 10, 12, 23), a expliqué, s'agissant du status après AVC, que si on en trouve des traces lors de l'examen clinique neurologique, cela n'entraîne pas de limitations fonctionnelles supplémentaires.

9.3 Le Dr G. _____ en a conclu en toute logique et à juste titre que le recourant ne pouvait plus exercer son ancienne activité de maçon, activité d'extérieur, exigeant des efforts physiques conséquents, comme l'explique le médecin AI, et ce, dès l'opération de la hernie discale subie le 28 mai 2013, premier événement médical objectif rapporté par les médecins. Aucun élément au dossier ne vient infirmer cette conclusion que le Dr E. _____, neurochirurgien du recourant, partage d'ailleurs. Il indique ainsi, dans son rapport du 22 mai 2015 (OAIE doc 10), que son patient n'est pas en mesure de reprendre son travail et qu'il est actuellement en état d'incapacité, puis, dans son rapport du 6 août 2016 suivant l'arthrodèse de février 2016, que malgré l'amélioration constatée au niveau lombaire, il est d'avis que l'intéressé ne peut plus exercer son métier (OAIE doc 23).

9.4 Si le Dr G. _____ a conclu que l'ancienne activité était effectivement trop lourde pour que le recourant puisse encore l'exercer, il a estimé toutefois qu'à condition d'être adapté aux restrictions fonctionnelles mises en évidence, un travail léger était exigible. De façon convaincante et pertinente, il a en outre considéré que pour tenir compte des limitations fonctionnelles retenues en l'espèce, la capacité de travail dans l'activité de substitution devait être réduite de 30%. Seul le Dr E. _____ dans son rapport du 12 janvier 2017 (annexe à TAF pce 1) est d'un avis différent, concluant cette fois que son patient présente une pathologie qui l'empêche d'exercer toute activité. Ce rapport n'est cependant pas de nature à remettre en cause les conclusions du Dr G. _____, en l'absence de toute motivation quant à cette nouvelle conclusion. En effet, le Dr E. _____ n'y explique pas les raisons pour lesquelles il estime, six mois seulement après son rapport précédent qui concluait à une incapacité de travail dans l'activité habituelle uniquement (rapport du 6 août 2016 [OAIE doc 23]), que son patient ne peut plus désormais exercer d'activité professionnelle. En outre, le neurochirurgien ne note, dans son rapport de janvier 2017, aucune nouvelle atteinte, aucun nouvel élément objectif pouvant expliquer

sa conclusion. Au contraire, il y expose le même historique médical et y fait état des mêmes atteintes que celles indiquées dans ses rapports précédents, ainsi que dans ceux de son confrère, le Dr D._____, soit la discopathie, la fibrose, les altérations de type Modic et les altérations dégénératives sacro-iliaques. Il y fait les mêmes constats, à savoir l'absence de radiculalgie et de pathologie rhumatologique, et y rapporte les lombalgies dont l'intéressé se plaignait déjà en décembre 2014, selon le journal médical (OAIE doc 9). Enfin, il n'y mentionne même plus les difficultés à se mouvoir de son patient, difficultés dont il faisait pourtant état dans ses rapports précédents. Il faut par ailleurs également tenir compte, dans l'appréciation de ce rapport du Dr E._____, du fait qu'il s'agit là du médecin traitant de l'intéressé, qui peut donc être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci, d'autant que ce rapport intervient après le prononcé de la décision litigieuse, que conteste le recourant (voir supra consid. 7.2.2).

9.5 Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal constate que la prise de position du Dr G._____ est motivée et cohérente, et qu'il convient de s'y rallier, aucun élément au dossier ne venant mettre en doute sa fiabilité.

9.6 Il sied d'ajouter à cet égard que les prises de position des services médicaux de l'AI, telle que celle du Dr G._____, ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne concernée et ne sont pas destinées à poser de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1, 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations (ATF 142 V 58 consid. 5.1). Les services médicaux de l'AI ont ainsi pour tâche, en particulier, d'établir les capacités fonctionnelles de la personne assurée, déterminantes pour l'AI, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée d'elle. Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales du service médical de l'AI ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-

2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2). Par contre, si, comme en l'espèce, l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, 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, en particulier d'ordonner un nouvel examen de la personne concernée (appréciation anticipée des preuves ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3^e éd., Zurich 2015, art. 42 n° 30 p. 561 ; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

10.

10.1 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). Ainsi 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 : le revenu que la personne concernée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide est comparé au moment déterminant avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle sur un marché du travail équilibré. La différence entre ces deux revenus détermine alors le degré d'invalidité (méthode générale ; ATF 130 V 343 consid. 3.4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1). Les deux revenus doivent être déterminés de façon objective. Des aspects étrangers à l'invalidité doivent être soit ignorés, soit pris en considération dans une mesure identique pour les deux revenus de référence (MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle 2011, n. m. 2061 ; ATF 129 V 222 consid. 4.4). En particulier, les conditions d'une situation de marché du travail difficile ne peuvent affecter l'évaluation de la capacité de travail pour l'examen du droit à une rente de l'AI.

10.2 La notion de 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'AI. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir 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 économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de

travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_804/2014 du 16 juin 2015 consid. 7.2 et les références, et 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2).

10.3 Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance (hypothétique) du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité 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 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2). Enfin, le revenu d'invalidité 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 222 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 peut naître au plus tôt (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.4), soit en l'espèce en décembre 2015 (art. 29 al. 1 LAI ; voir supra consid. 6.4).

En outre, lorsqu'il s'agit d'évaluer le degré d'invalidité d'une personne assurée résidant à l'étranger, la comparaison des revenus déterminants pour ce faire doit s'effectuer sur le même marché du travail, car la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie d'un pays à l'autre ne permet pas de procéder à une comparaison objective des revenus en question (ATF 137 V 20 consid. 5.2.3.2, ATF 110 V 273 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_300/2015 du 10 novembre 2015 consid. 7.1).

10.4 Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en principe en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu gagner au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que la personne concernée a obtenu avant l'atteinte à la santé. A défaut d'un salaire de référence, un salaire théorique doit être déterminé sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; <http://www.bfs.admin.ch>).

10.5 Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation concrète de l'intéressé-e. Lorsque la personne assurée a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la

santé, il faut d'abord examiner si cette activité repose sur des rapports de travail stables, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni. Si, en revanche, la personne assurée n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, le revenu d'invalidé peut être évalué, notamment, sur la base des données statistiques résultant de l'ESS (ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les références, ATF 129 V 472 consid. 4.2.1, ATF 126 V 75 consid. 3b/aa). Il y a lieu de se référer en principe toujours aux données de l'ESS les plus récentes (ATF 143 V 295 consid. 2.3), relativement aux activités lucratives médicalement exigibles.

10.6 Dans la mesure où les salaires tirés de l'ESS sont en principe déterminés en fonction d'un horaire de 40 heures par semaine, il convient de les rapporter à la durée hebdomadaire de travail durant l'année considérée (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb). En outre, il y a lieu d'adapter ces salaires à l'évolution nominale des salaires, en se fondant sur l'indice des salaires nominaux spécifique aux hommes et aux femmes et par branche (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2).

10.7 Dans certains cas, le revenu d'invalidé déterminé d'après les données statistiques doit être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de la personne assurée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou la catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) susceptibles de diminuer ses possibilités 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. Pour fixer la hauteur de cet abattement, il convient d'examiner dans un cas concret et de manière globale si des indices permettent de conclure qu'à cause de l'une ou l'autre des caractéristiques précitées, la personne assurée n'est en mesure d'utiliser sa capacité résiduelle de travail sur le marché ordinaire de l'emploi que contre une rémunération inférieure au salaire moyen correspondant. La hauteur de l'abattement dépend de chaque cas d'espèce, une réduction automatique n'étant pas admissible, et ne peut dépasser 25% du salaire statistique (ATF 142 V 178 consid. 1.3, ATF 135 V 297 consid. 5.2, ATF 134 V 322 consid. 5.2, ATF 126 V 75 consid. 5b, ATF 124 V 321 consid. 3b/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.3). L'abattement résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivé par l'administration. Le juge des assurances sociales, pour sa part, ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75

consid. 6 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4).

11.

11.1 En l'occurrence, l'OAIE a procédé à une comparaison de revenus (OAIE doc 18) basés sur les données de l'ESS, au motif que la méthodologie de ces statistiques lui est bien connue. Le dernier salaire mensuel du recourant avant qu'il ne cesse son activité de maçon au Portugal en février 2013 (voir Faits A.) est toutefois connu et se montait alors, selon les questionnaires pour l'employeur versés au dossier, à EUR 496.50 (OAIE docs 7 p. 7 et 17 p. 2). L'intéressé a également produit dans ce cadre un extrait de ses rémunérations telles qu'inscrites dans le système de solidarité et de sécurité sociale portugais, dont il ressort (voir OAIE doc 17 p. 5) que le dernier salaire du recourant en février 2013 se composait d'une rémunération de base de EUR 294.75, à laquelle s'ajoutaient deux montants (« subsidio de férias/de natal ») de EUR 41.38 chacun, pour un total de EUR 377.51 ne correspondant pas aux EUR 496.50 mensuels annoncés dans les questionnaires pour l'employeur. Pour retrouver ce dernier montant, il faut remonter au mois d'août 2012 ; l'on constate alors que ce salaire de EUR 496.50 correspond au salaire versé lorsque l'intéressé a travaillé 30 jours durant un mois, ce qui est extrêmement rare selon l'extrait des rémunérations produit, et que le salaire du recourant varie chaque mois en fonction du nombre de jours travaillés. Extrapoler sur cette base un salaire de valide pertinent pour la comparaison des revenus s'avère difficile. En outre, dans la mesure où le recourant n'a pas repris d'activité depuis qu'il a cessé celle de maçon, il n'existe pas de revenu effectivement réalisé au Portugal après la survenance de l'atteinte à la santé. Il se justifie par conséquent, à l'instar de l'autorité inférieure, de se référer en l'espèce aux données statistiques suisses pour évaluer le taux d'invalidité de l'intéressé, de sorte que les deux termes de la comparaison soient équivalents, c'est-à-dire qu'ils se rapportent à un même marché du travail et à une même année de référence, point essentiel dans l'évaluation de l'invalidité (ATF 110 V 273 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_311/2009 du 2 décembre 2009 consid. 3.3 ; voir également ATF 129 V 472 consid. 4.2.1, ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb).

11.2 L'OAIE a ainsi retenu un revenu avant invalidité de CHF 5'430.- correspondant au salaire statistique mensuel d'un ouvrier dans la construction, avec un niveau de compétences 1, en 2012 (OFS, ESS 2012, Tableau TA1_skill_level, Branches économiques [NOGA08], intitulé

« Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques, le niveau de compétence et le sexe – Secteur privé ». L'autorité inférieure a ensuite adapté ce salaire à l'horaire hebdomadaire usuel en 2012 dans la branche concernée « Construction », soit 41.5 heures (OFS, « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, En heures par semaine »), pour obtenir un montant de CHF 5'633.63.

L'OAIE a ensuite comparé ce revenu avec un revenu d'invalidé correspondant à la moyenne des salaires du secteur tertiaire (hommes au niveau de compétences 1) en 2012, soit CHF 4'760.-, ce qui est tout à fait admissible en l'occurrence, compte tenu des limitations fonctionnelles et des activités légères et adaptées mises en évidence par le Dr Rais dans sa prise de position du 26 septembre 2016 (OAIE doc 16 p. 5 ; voir supra Faits C.). On peut relever encore, à cet égard, que la moyenne des salaires, tout secteur confondu, sur laquelle il est usuel de se baser lors de la comparaison des revenus (arrêt du Tribunal fédéral 9C_311/2012 du 23 août 2012 consid 4.1 ; ATF 124 V 321 consid. 3b/aa) et qui se monte à CHF 5'210.- en 2012 selon le Tableau TA1 précité (hommes au niveau de compétences 1), s'avère supérieure à la moyenne des salaires du secteur tertiaire et donc moins favorable au recourant dans l'évaluation de son invalidité, sans toutefois modifier son droit à un quart de rente d'invalidité. L'autorité inférieure a ensuite adapté le salaire de CHF 4'760.- à l'horaire hebdomadaire usuel en 2012 dans le secteur tertiaire, soit 41.7 heures (CHF 4'962.30), puis à une activité exercée à 70%, pour obtenir un montant de CHF 3'473.60. Enfin, ce montant a subi un abattement de 15% pour tenir compte des limitations fonctionnelles en relation avec les atteintes à la santé, l'âge du recourant, le manque de formation certifiée et le fait que les effets contraignants de l'atteinte à la santé ont déjà été pris en compte lors de l'appréciation de la capacité résiduelle de travail, fixée à 70%. Cette argumentation n'étant certes pas insoutenable, et l'abattement n'étant pas contesté, il n'y a pas lieu de s'en écarter. Ainsi, le salaire mensuel moyen après invalidité, déterminé par l'OAIE, s'élève à CHF 2'952.57.

Comparant ce montant au revenu avant invalidité, l'autorité inférieure a conclu à une diminution de la capacité de gain du recourant de 48%, ouvrant droit à un quart de rente d'invalidité.

11.3 La rente accordée est la même si – comme l'autorité inférieure aurait dû le faire –, la comparaison des revenus est effectuée en se fondant sur des données indexées à l'année 2015, moment déterminant en l'espèce pour un tel calcul (voir supra consid. 10.3).

Ainsi, s'agissant du revenu avant invalidité, le salaire statistique mensuel d'un ouvrier dans la construction, avec un niveau de compétences 1, tel qu'il ressort du Tableau TA1 de l'ESS 2014, se monte à CHF 5'507.-, salaire qu'il y a lieu d'indexer à l'année 2015, soit d'augmenter de 0.27% ($[2'226 \text{ (année 2015)} - 2'220 \text{ (année 2014)}] / 2'220] \times 100 = 0.27$; indice 100 = 1939 ; OFS, Tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2016 », « Salaires nominaux », « Hommes »), pour obtenir un montant de CHF 5'521.87. Il convient ensuite d'adapter ce montant à l'horaire hebdomadaire usuel en 2015 dans la branche « Construction », soit 41.4 heures, pour aboutir à un revenu de valide de CHF 5'715.14.

Quant au revenu d'invalidité, la moyenne des salaires du secteur tertiaire, relative aux hommes ayant un niveau de compétences 1, en 2014, est de CHF 4'971.-. Elle s'élève à CHF 4'984.42 une fois indexée à l'année 2015, puis à CHF 5'196.25 une fois adaptée à l'horaire hebdomadaire usuel en 2015 dans le secteur tertiaire, soit 41.7 heures. Après l'abattement de 15%, le revenu d'invalidité correspond, pour une activité à 70%, à un montant de CHF 3'091.77.

La comparaison des revenus de valide et d'invalidité ainsi obtenus aboutit à un taux d'invalidité de 46% ($[5'715.14 - 3'091.77] \times 100 : 5'715.14$), ouvrant droit à un quart de rente d'invalidité. On peut encore relever ici que si, dans ce calcul également, on tenait compte, en lieu et place de la moyenne des salaires du secteur tertiaire, de la moyenne des salaires, tout secteur confondu, relative aux hommes ayant un niveau de compétences 1 (soit CHF 5'312.- en 2014, correspondant à CHF 5'326.34 en 2015 et à CHF 5'552.71 une fois adapté à l'horaire hebdomadaire usuel en 2015, tout secteur confondu, soit 41.7 heures, puis à CHF 3'303.86 après adaptation à un taux d'activité de 70% et abattement de 15%), la comparaison des revenus ($[5'715.14 - 3'303.86] \times 100 : 5'715.14$) ferait apparaître un préjudice économique de 42%, ne modifiant pas là non plus le droit du recourant à un quart de rente d'invalidité.

12.

Au vu de tout ce qui précède, le recours du 20 janvier 2017 doit être rejeté et la décision litigieuse du 23 décembre 2016 confirmée.

13.

Le recourant, qui succombe, doit s'acquitter des frais de justice fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à CHF 800.- (art. 63 al. 1 PA). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est

acquitté au cours de l'instruction (TAF pces 4 à 6). En outre, vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA, art. 7 al. 1 et al. 3 FITAF [RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée au cours de l'instruction.

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. [...] ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Isabelle Pittet

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 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 :