



Cour III
C-5575/2011

Arrêt du 7 juin 2012

Composition

Vito Valenti (président du collège),
Stefan Mesmer et Franziska Schneider, juges,
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

Parties

A. _____,
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE)**, avenue Edmond-Vaucher 18,
case postale 3100, 1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité (décision du 12 septembre 2011).

Faits :**A.**

Le recourant A._____, ressortissant français né le [...] 1953, est au bénéfice d'un certificat d'aptitude professionnelle comme mécanicien-tourneur (dossier OAI, p. 1, 5-6, 30). A partir de 1978, il travaille en Suisse dans cette profession pendant plusieurs périodes d'assurance en tant que frontalier, en dernier lieu à temps complet pour l'entreprise B._____ (dossier OAI, p. 6, 33, 43-46, 60). 80% de son travail consistait au montage et démontage de chauffe-eaux chez le client (rapport d'évaluation du 23 février 2011 [dossier OAI, p. 61]). Le 12 janvier 2010, son employeur l'informe de son licenciement avec effet au 30 juin 2010 (dossier OAI, p. 71, 8^{ème} paragraphe et p. 43 n° 2.2). Le jour suivant, son médecin traitant, le Dr C._____, atteste d'une incapacité de travail totale pour cause de lombalgie, sciatalgie et dépression (voire rapport du 11 février 2010, p. 25 n° 1). La symptomatologie n'ayant pas connu d'amélioration, l'intéressé dépose une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après: OAI VD) le 7 décembre 2010 (dossier OAI, p. 1).

B.

Lors de la procédure d'examen de la demande, l'OAI VD recueille divers renseignements économiques et médicaux dont notamment des certificats des 11 février 2010 (dossier OAI, p. 25), 15 octobre 2010 (dossier OAI, p. 21-24), 20 octobre 2010 (dossier OAI, p. 27), 25 novembre 2010 (dossier OAI, p. 28), 1^{er} janvier 2011 (dossier OAI, p. 34), 8 janvier 2011 (dossier OAI, p. 37), 14 janvier 2011 (dossier OAI, p. 38-41), 27 janvier 2011 (dossier OAI, p. 48), 4 février 2011 (dossier OAI, p. 49), 15 février 2010 [recte: 2011] (dossier OAI, p. 52-56) et 13 mai 2011 (dossier OAI, p. 70 [rapport relatif à examen clinique rhumatologique et psychiatrique de l'assuré au Service médical de l'assurance-invalidité D._____ {ci-après: SMR}]) ainsi qu'un questionnaire pour l'employeur du 16 janvier 2011 (dossier OAI, p. 43) et un rapport d'évaluation du 23 février 2011 (dossier OAI, p. 61).

C.

C.a Après avoir sollicité un rapport de synthèse du Dr E._____ (cf. certificat du 25 mai 2011 [dossier OAI, p. 78]) et une nouvelle appréciation de son service de réadaptation (cf. prise de position du 8 juin 2011 [dossier OAI, p. 81]), l'OAI VD, par projet de décision du 14 juin 2011 (dossier OAI, p. 84), informe l'intéressé qu'un éventuel droit à la rente aurait pu

naître au plus tôt 6 mois après le dépôt de sa demande de prestations le 7 décembre 2010, à savoir en juin 2011. Or, selon les constatations du SMR, il serait à cette date en mesure d'effectuer un travail à temps complet dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir sans port de charges de plus de 5 kg, sans porte-à-faux, sans vibration et avec alternance des positions. Par ailleurs, son service de réadaptation aurait confirmé que des emplois adaptés aux restrictions fonctionnelles susmentionnées existeraient dans le domaine de la micromécanique où l'intéressé dispose d'une longue expérience en tant que mécanicien-tourneur (industrie horlogère, aviation, domaine médical, prototypage), de sorte qu'il ne subirait pas de préjudice économique suite à la survenance de l'atteinte à la santé. Ainsi, l'administration conclut que la demande de prestations devrait être rejetée et octroyée à l'assuré un délai de 30 jours pour déposer ses éventuelles observations.

C.b Par communication également datée du 14 juin 2011 (dossier OAI, p. 82), l'OAI VD informe l'intéressé qu'il le met au bénéfice d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi.

D.

Le recourant confirme son intention de collaborer à une aide au placement dans un courrier du 18 juillet 2011 et prie l'administration de bien vouloir fixer un rendez-vous avec lui à cet effet (dossier OAI, p. 86).

E.

Lors d'un entretien téléphonique du 9 septembre 2011, l'assuré revient sur cette déclaration et signale à l'OAI VD que, selon lui, son état de santé ne lui permet pas de suivre une démarche d'aide au placement. Dans un courrier du même jour, l'administration l'invite à remplir et signer un acte de renonciation à une aide au placement (dossier OAI, p. 94).

F.

Par décision de rejet de rente du 12 septembre 2011 (dossier OAI, p. 95), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE) rejette la demande de l'assuré en reprenant l'argumentation développée dans le projet de décision.

G.

Dans une note interne du 26 septembre 2011 (dossier OAI, p. 98), l'OAI VD, service de réadaptation, indique mettre fin à l'aide au placement, dès lors que l'assuré a indiqué renoncer à une telle mesure lors d'un entretien téléphonique du 9 septembre 2011 et qu'il n'a pas répondu à l'invitation à

remplir et signer la lettre de renonciation qui lui avait été notifiée par ses soins.

H.

Par acte daté du 6 octobre 2011 (pce TAF 1 p. 1), l'intéressé défère la décision du 12 septembre 2011 au Tribunal administratif fédéral arguant ne pas pouvoir travailler vu des douleurs au dos et une dépression qui lui interdisent d'être comme tout le monde et l'empêchent de vivre. En outre, il verse à la cause des rapports médicaux des 27 septembre, 29 septembre et 30 octobre 2011.

I.

Par décision incidente du 19 octobre 2011 (pce TAF 2), le Tribunal de céans invite le recourant à verser, dans un délai de 30 jours dès notification dudit acte, une avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 400.-, sous peine d'irrecevabilité du recours. La somme requise est versée sur le compte du Tribunal le 2 novembre 2011 (pce TAF 14). Par la suite, dans un écrit du 2 novembre 2011 (pce TAF 4), l'assuré indique ne pas être capable de se concentrer sur quoi que ce soit et produit un avis d'arrêt de travail du 28 octobre 2010. Dans un écrit ultérieur du 24 novembre 2011 (pce TAF 6), il signale à l'autorité inférieure que les institutions de sécurité sociale françaises lui ont reconnu le statut d'invalidé, catégorie 2, et verse à la cause un acte administratif y afférent du 17 novembre 2011.

J.

Invitée à se déterminer, l'autorité inférieure, dans son préavis du 15 décembre 2011 (pce TAF 8 p. 1-2), propose le rejet du recours et la confirmation de l'acte attaqué en se référant à une prise de position de l'OAI VD du 2 décembre 2011 (pce TAF 8 p. 3).

Par ordonnance du 22 décembre 2011 (pce TAF 9), notifiée le 24 décembre 2011 (pce TAF 10 [avis de réception]), le Tribunal de céans invite le recourant à répliquer jusqu'au 23 janvier 2012. Ce dernier renonce à se prononcer dans le délai imparti. Toutefois, dans un courrier du 3 mars 2012 (pce TAF 11), il produit une carte de stationnement pour personnes handicapées et une carte de priorité pour personnes handicapées, toutes deux à son nom. Par ailleurs, il verse à la cause un acte des institutions de sécurité sociale françaises du 9 février 2012.

Droit :

1.

1.1 En application de l'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier a travaillé est compétent pour examiner les demandes présentées par des frontaliers, tandis que les décisions sont notifiées par l'OAIE. Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la loi 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, 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'octroi de prestations d'invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral 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 est dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

1.2 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.3 Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 38 al. 4 let. b et 60 LPGA; art. 52 PA), le recours est recevable.

2.

Le recourant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté euro-

péenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen (art. 80a LAI; concernant les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009, on note que ceux-ci sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1^{er} avril 2012). Ainsi, conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 (RS 0.831.109.268.1) en vigueur jusqu'au 31 mars 2012, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement.

3.

3.1 L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références). En l'occurrence, les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 sont seules applicables vu le dépôt de la demande de prestations en date du 7 décembre 2010. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6^{ème} révision de ladite loi en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012.

3.2 En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Concrètement le Tribunal peut donc se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 7 juin 2011 (6 mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 12 septembre 2011, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 121 V 362 consid. 1b).

4.

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI

(art. 8 LPGA; art. 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total (dossier OAI, p. 60) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner s'il est invalide.

5.

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (lettre a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b) et, au terme de cette année, est invalide (lettre c).

6.

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré. Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels

travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références citées).

7.

Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGa), l'administration et, en procédure de recours, le juge constatent les faits d'office, avec la collaboration des parties et administrent les preuves nécessaires (cf. ATF 125 V 193 consid. 2 p. 195). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2ème édition, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 469 consid. 4a).

8.

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

Sur la base de ces prémisses, le Tribunal fédéral a donné des lignes directrices quant à l'appréciation des preuves. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale mandatée par le Tribunal ou l'administration, 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. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une inter-

prétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (arrêts du Tribunal fédéral 9C_459/2009 du 31 mars 2010 consid. 2.2; I 742/04 du 1^{er} juin 2006 consid. 3.2; I 582/05 du 5 octobre 2006 consid. 4.2). Par ailleurs, on relève qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour le seul motif qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur, comme par exemple un médecin au service du SMR. En effet, pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_359/2009 du 26 mars 2010 consid. 4.2). En outre, il convient de tenir compte du fait que les médecins du SMR sont tenus de procéder à un examen correct des assurés et qu'ils ne connaissent pas ceux-ci de longue date comme les médecins traitant, ce qui tend à garantir une évaluation plus objective et plus neutre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_242/2010 du 30 avril 2010 consid. 2.2.1). Il n'est donc pas contraire au droit de reconnaître à un rapport du SMR au sens de l'art. 49 al. 2 RAI la même valeur probante qu'une expertise, si celui-ci a été établi selon les règles de l'art et de manière conforme aux exigences jurisprudentielles en la matière et qu'il n'existe pas de doute, même faible, quant à son bien-fondé (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2; 9C_243/2010 du 28 juin 2011 consid. 1.2.1).

9.

En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité dans la période déterminante, singulièrement sur le point de savoir si les affections dont il est victime ont pu entraîner une incapacité de travail pendant une durée suffisamment longue et avec l'intensité requise pour ouvrir le droit à une telle prestation. Dans ce contexte, on observera que l'autorité inférieure a accordé au recourant des mesures d'orientation professionnelle et d'aide au placement par acte du 14 juin 2011 (cf. supra let. C.b-C.d et let. E), sans que, jusqu'à ce jour, elle se soit valablement prononcée quant à leur annulation (voire acte interne de l'OAI VD du 26 septembre 2011 [dossier OAI, p. 98]; cf. aussi arrêt du Tribunal administratif fédéral C-4356/2009 du 29 février 2012 consid. 15 et les références citées). Ce point ne fait donc pas partie de l'objet de la décision, étant précisé que, lorsqu'il ressort du dossier que l'assuré n'a pas droit à une rente de l'assurance-invalidité, cette question peut être tranchée indépendamment de celle des mesures d'ordre professionnel (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_491/2011 du 7 octobre 2011 consid. 3; 9C_410/2011 du 16 février 2012, let. B et consid. 3.3).

10.

Cela étant, il sied d'emblée de préciser ce qui suit.

10.1 Selon les dispositions topiques et la jurisprudence, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (cf. supra consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003). Ainsi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doivent être prise en considération (art. 40 du Règlement [CEE] n° 574/72 en vigueur jusqu'au 31 mars 2012). Contrairement à ce que semble croire l'assuré, il n'est donc pas en soi déterminant que les institutions de sécurité sociale françaises lui aient reconnu le statut d'invalidé, catégorie 2, et accordé des prestations y afférentes (cf. acte du 17 novembre 2011 [pce TAF 6, p. 3]).

10.2 Par ailleurs, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité. En particulier, si l'intéressé ne peut plus exercer sa profession habituelle et qu'un changement de métier est médicalement exigible de sa part, il est tenu de chercher un emploi adapté dans un autre secteur d'activités dans un temps raisonnable (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_361/2008 du 9 février 2009 consid. 6.1).

10.3 Finalement, on note que lorsque l'autorité octroie une rente échelonnée dans le temps à titre rétroactif, l'art. 17 LPGA concernant la révision des rentes s'applique par analogie et la date de modification est déterminée conformément à l'art. 88a RAI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_266/2010 du 8 octobre 2010 consid. 3.3; ATF 125 V 413 consid. 2d). Selon cette disposition, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement a duré trois mois sans interruption notable et qu'aucune complication prochaine soit à craindre.

11.

Cela étant, la documentation médicale versée à la cause se compose principalement des pièces suivantes:

11.1 Dans des certificats des 11 février 2010 (dossier OAI, p. 25), 15 octobre 2010 (dossier OAI, p. 21-24) et 25 novembre 2010 (dossier OAI, p. 28), le Dr C._____, médecin généraliste, pose les diagnostics d'anxi-dépression et de lombalgie avec sciatique totalement incapacitantes depuis le 13 janvier 2010.

11.2 Dans un rapport du 14 janvier 2011 (dossier OAI, p. 38-41), le Dr F._____, rhumatologue, fait part de lombosciatique droite évoluant depuis janvier 2010 compliquée d'un syndrome dépressif secondaire et indique avoir requis la réalisation d'une imagerie par résonnance magnétique (ci-après: IRM) pour mettre en évidence un éventuel conflit discoradiculaire. Celle-ci est faite en date du 27 janvier 2011. Le rapport y relatif indique des discopathies protrusives sans conflit radiculaire (dossier OAI, p. 48).

11.3 Pour sa part, la Dresse G._____, dans un rapport psychiatrique du 15 février 2010 [recte: 2011] (dossier OAI, p. 52-56), signale suivre l'assuré depuis le 15 décembre 2010 et retient le diagnostic de dépression majeure totalement incapacitante faisant suite à un licenciement vécu comme un grave préjudice. Il est notamment fait état d'un assuré très invalidé qui pleure continuellement (dossier OAI, p. 53 n° 1.7).

11.4 A la demande de l'OAI VD, l'assuré est soumis à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique le 4 avril 2011 au SMR. Ainsi, dans un rapport du 13 mai 2011 (dossier OAI, p. 70), les Drs H._____ et I._____ posent les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis CIM-10 M 54.4 et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome du défilé thoraco-brachial gauche, de discrète arthrose nodulaire des doigts avec status après amputation de la 3^{ème} phalange du 2^{ème} doigt, de discrets troubles statiques des pieds avec hallux valgus débutant bilatéral et de dépression majeure en rémission CIM-10 F 32 (dossier OAI, p. 75). Selon eux, l'assuré peut effectuer tout travail adapté à plein temps en respectant les limitations fonctionnelles suivantes: nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout; pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg; pas de port régulier de charges d'un poids excédant 10 kg; pas de travail en porte-à-faux statique prolongé.

gé du tronc; pas d'exposition à des vibrations (dossier OAI, p. 76 in fine). Ils précisent qu'il existe probablement dans l'industrie des postes de mécanicien-tourneur correspondant aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire mais que cet aspect doit encore être vérifié par les réadaptateurs de l'office AI (dossier OAI p. 76, 1^{er} paragraphe, et p. 77).

11.5 Suite au rejet de la demande de rente par décision du 12 septembre 2011, le recourant complète le dossier avec divers documents médicaux. Ainsi, dans un rapport du 27 septembre 2011 (pce TAF 1 p. 6), le Dr F._____ estime que l'atteinte ostéoarticulaire ne permet pas à l'assuré de reprendre une activité physique importante et que son âge limite les possibilités de reconversion éventuelles. Pour sa part, le Dr C._____ indique que l'assuré présente une contre-indication à travailler pour cause de pathologie dorso-lombaire et dépression (rapport du 29 septembre 2011 [pce TAF 1 p. 4]). Finalement, dans un rapport du 30 octobre 2011 (pce TAF 1 p. 5), la Dresse G._____ souligne que le recourant fait une dépression sévère qui ne s'est pas améliorée malgré un traitement médicamenteux et des entretiens de soutien réguliers (voire aussi certificat d'arrêt de travail à 100% de ce même médecin du 30 octobre 2011 [pce TAF 6 p. 3]).

12.

Les avis susmentionnés du corps médical appellent les remarques qui suivent.

12.1 Tout d'abord, force est de constater que l'assuré a été examiné au SMR, le 4 avril 2011, par le Dr H._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et le Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à savoir des praticiens disposant de toutes les qualifications requises pour juger des affections en cause. Par ailleurs, le rapport de ces praticiens du 11 mai 2011 (dossier OAI, p. 70 ss) est très fouillé. En particulier, les prénommés se basent sur une anamnèse complète et des examens circonstanciés, prennent en compte les plaintes de l'assuré, dressent un tableau global cohérent et motivent dûment leurs conclusions après avoir procédé à un échange de vue à caractère pluridisciplinaire prenant en considération l'imbrication des atteintes somatique et psychiatrique du cas. Il sied donc de lui reconnaître pleine valeur probante.

12.2 Ensuite, il appert que la documentation produite par le recourant n'est pas de nature à jeter un doute, même faible, quant au bien-fondé de l'estimation du SMR.

12.2.1 Ainsi sur le plan somatique, une IRM du 27 janvier 2011 (dossier OAI, p. 48) fait part de discopathies protrusives sans hernie L4-L5 et L5-S1 restant bien cantonnées dans la graisse pré-durale et n'entraînant aucun retentissement sur le fourreau dural, ni conflit disco-radulaire. Sur la base de ce document, le Dr F._____, rhumatologue traitant de l'assuré, estime que ce dernier ne peut plus reprendre une activité physique importante en soulignant que l'âge limite les possibilités de reconversion éventuelles (rapport du 27 septembre 2011 [pce TAF 1 p. 6]). Or, cette prise de position est tout à fait compatible avec l'évaluation rendue par les praticiens du SMR selon laquelle notamment le soulèvement régulier de poids excédant 5 kg et le port régulier de charges de plus de 10 kg sont contre-indiqués (cf. dossier OAI, p. 76 in fine). Dans ce contexte, on rappellera que l'âge d'un assuré constitue un facteur étranger à l'invalidité dont le médecin n'a pas à tenir compte (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3), comme le mentionnent à juste titre les Drs H._____ et I._____ dans leur rapport du 13 mai 2011. Finalement, en ce qui concerne l'avis du Dr C._____, médecin généraliste, celui-ci a tout d'abord estimé que l'invalidité totale était avant tout liée à des raisons psychiatriques et que les affections somatiques n'entraînaient qu'une incapacité de travail de 30% dans l'ancienne profession (rapport du 15 octobre 2010 [dossier OAI, p. 21 n° 2]). Suite à l'IRM du 27 janvier 2011, il n'a plus délimité de façon précise l'incapacité de travail de l'intéressé sur le plan somatique et s'est borné à mentionner une problématique lombaire sans prendre position sur la capacité de travail dans un travail de substitution ni faire part d'éléments objectifs qui remettraient en question les avis des médecins du SMR et du Dr F._____ (cf. rapport du 29 septembre 2011 [pce TAF 1 p. 4]). Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, le Tribunal de céans peut donc sans autre se rallier à l'avis des Drs H._____ et I._____ quant aux limitations fonctionnelles de l'assuré au niveau rhumatologique.

12.2.2 Sur le plan psychiatrique, il ressort du dossier que le recourant a développé une symptomatologie anxio-dépressive ensuite de l'annonce de son licenciement intervenue le 12 janvier 2010 ainsi qu'en réaction aux troubles somatiques dont il est victime (cf. supra let. A). Cette atteinte a tout d'abord été traitée par son médecin généraliste qui a mis en place des entretiens psychologiques avec l'assuré à son cabinet puis a prescrit à son patient des antidépresseurs associés à des anxiolytiques, à savoir du Séroplex et du Xanax (cf. rapports établis par le Dr C._____ des 10 octobre 2010 [dossier OAI, p. 21-24] et 25 novembre 2010 [dossier OAI, p. 28]). Par la suite, début décembre 2010 (dossier OAI, p. 52 n° 1.2), l'assuré a été confié aux soins de la Dresse G._____, psychiatre. Dans

un rapport du 15 février 2010 [recte: 2011], cette spécialiste pose le diagnostic de dépression majeure et estime que l'assuré présente une incapacité de travail totale (dossier OAI, p. 52-56). En pleine connaissance de cette prise de position, les Drs H._____ et I._____ relèvent toutefois que, lors de l'examen personnel de l'intéressé effectué par leurs soins le 4 avril 2011 au SMR, ils ne détectent pas de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptômes pour des raisons psychologiques ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes. Ils en infèrent que la symptomatologie dépressive est en rémission et que la capacité de travail exigible est entière dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques. Selon eux, l'état de l'intéressé est stationnaire, sans amélioration ni aggravation significative depuis plusieurs mois, en tout cas depuis mars 2011 (dossier OAI p. 74-75 et p. 76, 6^{ème} paragraphe). Le recourant conteste cette évaluation en présentant un nouveau rapport de la Dresse G._____ du 30 octobre 2010 faisant part d'un trouble psychiatrique très invalidant (pce TAF 1 p. 5; voire aussi pce TAF 4 p. 3). Face à ces appréciations divergentes, le Tribunal de céans prend position comme suit.

D'une part, l'avis des Drs H._____ et I._____ est très bien étayé, concluant et convaincant et rien au dossier n'incite à penser que le recourant aurait connu une péjoration de son état de santé sur le plan psychiatrique depuis avril 2011, date à laquelle il a été examiné au SMR (cf. rapport de la Dresse G._____ du 30 octobre 2011 ne faisant pas part d'une aggravation [pce TAF 1 p. 5]). Face à cela, les constats cliniques de la Dresse G._____ restent très succincts et les limitations fonctionnelles relevées ne sont pas suffisamment motivées. En outre, comme le relèvent à juste titre les médecins du SMR, cette praticienne ne se réfère pas à un système de classification des maladies reconnu internationalement et semble également relativiser le diagnostic de dépression majeure retenu précédemment (cf. rapport du 15 février 2010 [recte: 2011] [dossier OAI p. 52], dès lors qu'elle indique elle-même dans un rapport du 30 octobre 2011 (pce TAF 1 p. 5) qu'elle suit son patient pour cause de dépression réactionnelle avec une symptomatologie majoritairement anxieuse. Au demeurant, elle n'a jamais tenté, par une motivation idoine, de remettre en cause l'évaluation des Drs H._____ et I._____, quand bien même le rapport du SMR du 13 mai 2011 a été remis au recourant par ordonnance du 22 décembre 2011 (pce TAF 9) avec octroi d'un délai pour répliquer. Compte tenu de ces circonstances, l'appréciation de la

Dresse G._____ n'est pas susceptible de remettre en question les conclusions du SMR. On précisera que l'avis du Dr C._____ ne saurait également être déterminant, dès lors que ce médecin ne dispose pas de connaissances spécialisées en psychiatrie et qu'il se limite, dans son dernier rapport du 29 septembre 2011 (pce TAF 1 p. 4), à retenir de façon peu précise une contre-indication au travail de l'assuré pour des raisons somatique et psychiatrique.

D'autre part – sous l'angle de la vraisemblance prépondérante valable en droit des assurances sociales – on ne sauraient reprocher aux Drs H._____ et I._____ d'avoir estimé que la symptomatologie dépressive du recourant s'était amendée au plus tard en mars 2011. En effet, il ressort du dossier que pour le moins dès octobre 2010, l'assuré a été soumis à un traitement par antidépresseurs (rapport du 15 octobre 2010 établi par le Dr C._____ [dossier OAI, p. 23 n° 3]). Or, selon la documentation médicale en rapport avec le médicament en cause (Séroplex), l'effet antidépresseur est généralement obtenu après 2 à 4 semaines de traitement (cf. <http://www.doctissimo.fr/medicament-SEROPLEX.htm>; site consulté le 11 mai 2012). L'opinion des Drs H._____ et I._____, selon lequel la symptomatologie dépressive se serait amendée au plus tard en mars 2011, à savoir plus de 4 mois après le début de la médication psychiatrique, est donc tout à fait concluant sur la base de ces informations.

12.3 Eu égard à tout ce qui précède et également au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_459/2009 du 31 mars 2010 consid. 2.2 et les références citées; voire aussi supra consid. 8 in fine), le Tribunal de céans peut donc se rallier à l'évaluation globale des Drs H._____ et I._____ et conclure que, sur le plan strictement médical, le recourant était à même d'exercer tout travail adapté respectant les limites fonctionnelles mises en évidence (cf. supra consid. 11.4) pour le moins à partir de mars 2011.

13.

Il reste à déterminer dans quelle mesure l'atteinte à la santé constatée ci-dessus a une répercussion sur la capacité de gain du recourant.

13.1 Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu gagner s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui, après les traitements et les mesures de réadaptation, sur

un marché du travail équilibré. Le gain d'invalide est une donnée théorique et est évalué sur la base de statistiques, à savoir notamment au moyen des informations fournies l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS; cf. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/04.html>; site consulté le 14 mai 2012) se référant nouvellement à la nomenclature générale des activités économiques (NOGA) mise à jour en 2008 (voire à ce sujet: OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE [éd.; ci-après: OFS], NOGA 2008, note explicative, Neuchâtel 2008). Ces données servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêts du Tribunal fédéral I 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6.1 et I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6). Le gain doit être comparé au moment déterminant avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vraisemblance prépondérante si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). Le Tribunal fédéral a précisé que la comparaison des revenus doit être effectuée en se référant en principe à la situation au moment où le droit à la rente aurait pu naître au plus tôt (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.4). En outre, l'autorité est tenue d'effectuer la comparaison de revenus sur le même marché du travail (ATF 110 V 276 consid. 4b). L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalide de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour des raisons inhérentes aux circonstances particulières du cas concret. La jurisprudence n'admet pas à ce titre de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 78 consid. 5; voire aussi, parmi d'autres, arrêt du Tribunal fédéral 8C_939/2011 du 13 février 2012 consid. 5.2.3).

13.2 En l'occurrence, l'administration — procédant implicitement à une comparaison des revenus en pour-cent — est d'avis que les limitations fonctionnelles dont est victime le recourant n'ont pas de répercussion sur sa capacité de gain. Selon elle, l'assuré n'est certes plus en mesure d'exercer l'activité accomplie chez son dernier employeur qui nécessitait régulièrement le port de cuves d'un poids trop élevé (cf. rapport d'évaluation du 23 février 2011 [dossier OAI, p. 61]); toutefois, il serait toujours apte à mettre à profit ses compétences professionnelles spécialisées en tant que mécanicien-tourneur chez un autre employeur qui ne lui demanderait pas d'exécuter des tâches lourdes et pourrait ainsi obtenir un revenu pour le moins identique au précédent. Cette appréciation quant à l'exigibilité de la profession de mécanicien-tourneur ne prête pas le flanc à la critique. En effet, comme le relève à juste titre l'administration, il appert que le recourant dispose de connaissances étendues dans de nombreux secteurs de la mécanique de précision, à savoir notamment dans la fabri-

cation de pièces destinées à l'horlogerie, à l'aviation, au secteur médical ou encore à la recherche scientifique depuis près de 40 ans (cf. rapport d'évaluation du 23 février 2011 [dossier OAI, p. 61]; demande de prestations du 7 décembre 2010 [dossier OAI, p. 6]; extrait du compte individuel [dossier OAI, p. 60]). L'exercice d'un travail lourd n'est donc pas forcément requis dans le large éventail d'activités entrant en ligne de compte dans la mécanique de précision. Ensuite, on observe que les Drs H._____ et I._____, dans leur rapport du 13 mai 2011, relèvent qu'il existe probablement des activités de mécanicien-tourneur respectant les limitations fonctionnelles (dossier OAI, p. 76-77), ce qui a été confirmé par le service d'évaluation de l'OAI VD (cf. rapport du 8 juin 2011 [dossier OAI, p. 81]) et, à plusieurs reprises, par l'assuré lui-même (cf. rapport d'évaluation du 23 février 2011 [dossier OAI, p. 62, rubrique "fonctions physiques"]; rapport médical du 13 mai 2011 [dossier OAI, p. 76, 1^{er} paragraphe] et demande d'aide au placement du 18 juillet 2011 [dossier OAI, p. 86]) qui par ailleurs ne conteste pas ce point dans ses mémoires de recours. Au demeurant, une telle conclusion est également compatible avec l'évaluation du Dr F._____, selon laquelle seules des activités physiques importantes sont médicalement incompatibles avec l'état de santé de l'intéressé (cf. rapport rhumatologique du 27 septembre 2011 [pce TAF 1 p. 6]). Sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, l'administration pouvait donc conclure que, malgré les limitations fonctionnelles en cause, la profession de mécanicien-tourneur était encore exigible de la part de l'assuré et que le marché équilibré du travail offrait un nombre suffisant de places adaptées à ce titre. On rappellera que, selon l'obligation générale de réduire le dommage (cf. supra consid. 10.2), les assurés sont tenus de chercher un emploi dans le secteur où ils peuvent mettre au mieux à profit leur capacité résiduelle de travail (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_269/2010 du 7 octobre 2010 consid. 3.2; 9C_415/2010 du 10 mars 2011 consid. 3.3).

13.3 Sur la base de ces prémisses, on peut se demander si, pour évaluer la perte de gain, une comparaison en pour-cent est possible dans la présente affaire (à savoir in casu: 0% d'invalidité, donc 0% de perte de gain), dès lors que, sur le plan strictement médical, l'assuré peut toujours effectuer la profession pour laquelle il est le plus qualifié et qu'il a exercée pendant de nombreuses années (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_238/2010 du 10 septembre 2010 consid. 4; 8C_327/2011 du 12 août 2011 consid. 3.3.2.2). Cette question peut cependant souffrir de rester indécidée, puisque même en recourant au salaire effectif obtenu avant l'atteinte à la santé pour fixer le revenu de valide et aux valeurs moyennes résultant des données statistiques pour déterminer le salaire d'invalidé, il

appert que le degré d'invalidité du recourant est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Ainsi, la comparaison des revenus s'effectuerait comme suit. En l'espèce, le droit à la rente aurait pu naître au plus tôt en juin 2011 (cf. supra consid. 3.2), de sorte qu'il se justifie de prendre cette année comme point de référence. Contrairement à ce qu'a retenu l'OAI VD (cf. rapports des 23 février 2011 et 8 juin 2011 [dossier OAI, p. 61 et 81]), le revenu indiqué dans le compte individuel de l'assuré en 2009 — qui est par ailleurs légèrement supérieur à celui déclaré par l'employeur (cf. dossier OAI, p. 45) — est déterminant pour fixer le salaire de valide (voire art. 25 al. 1 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 8C_626/2011 du 29 mars 2012 consid. 3; MICHEL VALTERIO, droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève Zürich Bâle 2011, p. 548 n° 2067). Le salaire annuel de l'intéressé en 2009 était donc de Fr. 61'836.- (cf. dossier OAI, p. 60 et pce TAF 12). En procédant à une adaptation de ce montant à l'augmentation des salaires nominaux selon les données ESS dans le secteur "travaux de construction spécialisés" (2010: + 0.7%; 2011: + 1%) — ce qui est la catégorie ESS la plus appropriée vu que, comme on l'a vu, 80% du travail de l'intéressé consistait au montage/démontage de chauffe-eaux (cf. supra let. A et OFS, op. cit., p. 69 n° 25 in fine et p. 122 s. n° 43) —, on obtient en 2011 un revenu de valide de Fr. 62'891.54 par an respectivement de Fr. 5'240.96 par mois. Le salaire d'invalidé correspond au revenu moyen d'un salarié avec des connaissances spécialisées dans le domaine "fabrication de produits métalliques", à savoir Fr. 5'778.- pour 40 h./sem. en 2010. En adaptant ce revenu au nombre d'heures hebdomadaires effectuées en moyenne en 2011 (41.4 h./sem. [données ESS 2010 à défaut de données pour 2011]) et à l'augmentation des salaires en 2011 (+ 0.9%), on aboutit à un salaire d'invalidé de Fr. 6'034.05. En comparant ainsi le revenu de valide de Fr. 5'240.96 au revenu d'invalidé de Fr. 6'034.05, il appert que le recourant ne parvient manifestement pas à un taux d'invalidité suffisant pour pouvoir bénéficier d'une rente (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_1087/2009 du 16 avril 2010 consid. 5.3).

13.4 A titre superfétatoire, on observe que le Dr E. _____, dans un rapport de synthèse du 25 mai 2011 (dossier OAI, p. 79), estime que la profession de mécanicien-tourneur n'est plus exigible de la part de l'assuré et que seule une activité de substitution, pouvant être accomplie à un taux de 100%, entre en ligne de compte. Or, pour les raisons mentionnées ci-avant (consid. 13.2), cet avis — qui n'est au demeurant pas corroboré par les autres documents versés au dossier — ne saurait emporter la conviction. Pour être complet, on précisera que même en prenant en considération cette évaluation et en retenant à titre hypothétique des pa-

ramètres beaucoup plus favorables à l'assuré — à savoir: [1] en effectuant un parallélisme des revenus en estimant que, avant la survenance de l'invalidité en janvier 2010, le recourant, pour des raisons indépendantes de sa volonté, a été contraint d'accepter un emploi comme monteur/démonteur de chauffe-eaux, soit dans un secteur qui selon les données de la NOGA 2008 était moins lucratif que celui de "fabrication de produits métalliques" correspondant mieux à sa spécialisation de mécanicien-tourneur; [2] en considérant que le recourant ne peut plus effectuer sa profession de mécanicien-tourneur, si bien que le salaire d'invalidé doit être déterminé en fonction du revenu moyen pour des activités simples et répétitives, toute profession confondue, et [3] en procédant à une déduction du salaire d'invalidé de 10% pour tenir compte des particularités du cas d'espèce —, il apparaîtrait que le recourant ne peut prétendre à une rente d'invalidité. Ainsi, le salaire moyen d'un salarié exerçant des activités spécialisées dans le secteur "fabrication de produits métalliques" en 2011 se monterait en moyenne à Fr. 6'034.05 selon les données ESS (cf. supra consid. 13.3). Vu que, comme mentionné au paragraphe précédent, le revenu effectif se monterait à Fr. 5'240.96 par mois en 2011, il en résulterait une différence de 13.14% par rapport au revenu statistique ($\frac{6'034.05 - 5'240.96}{6'034.05} \times 100$), de sorte qu'il se justifierait de diminuer le salaire d'invalidé de 8.14% (13.14% - 5%) conformément à la jurisprudence concernant le parallélisme des revenus (cf. ATF 135 V 297 consid. 6.1). Cela étant dit, le revenu d'invalidé devrait être déterminé comme suit. Celui-ci correspondrait au salaire moyen d'un salarié exerçant des activités simples et répétitives, toute profession confondue, à savoir Fr. 4'901 pour 40 h./sem. en 2010 et Fr. 5'135.64 en tenant compte de l'horaire usuel de travail en 2011 (41.5 h./sem.) et de l'augmentation des salaires dans ce secteur en 2011 (+ 1%). Par conséquent, même en opérant une réduction de 10% du revenu d'invalidé pour motifs inhérents au cas d'espèce (90% de Fr. 5'135.64 = Fr. 4'622.07) et en diminuant encore ce dernier montant de 8.14% pour tenir compte du parallélisme des revenus mentionné ci-dessus (Fr. 4'622.07 x 91.86% = Fr. 4'245.83), la comparaison du revenu de valide au revenu d'invalidé ne ferait pas apparaître un taux suffisant pour ouvrir le droit à une rente ($\frac{5'240.96 - 4'245.83}{5'240.96} \times 100 = 18.99\%$), étant précisé que, compte tenu des circonstances inhérentes au cas concret (notamment recourant âgé de 58 ans et 8 mois au moment déterminant; capacité de travail entière dans un travail de substitution ne demandant pas de formation particulière; limitations fonctionnelles en cause in casu), il n'apparaîtrait pas irréaliste que le recourant puisse retrouver un emploi sur le marché équilibré du travail (sur la jurisprudence particulière concernant l'âge avancé

voire notamment arrêts du Tribunal fédéral 9C_364/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.2 et 9C_355/2011 du 8 novembre 2011 consid. 4.4).

14.

Il ressort de tout ce qui précède que le recourant ne présente pas un taux d'invalidité susceptible de lui ouvrir le droit à une rente pour le moins dès mars 2011. Comme en l'espèce l'éventuel droit à une rente ne pouvait naître au plus tôt qu'en juin 2011 (cf. consid. 3.2) et vu que le droit de la révision trouve application lors de l'octroi échelonné dans le temps d'une rente (cf. consid. 10.3), il s'ensuit que le recourant ne peut en aucun cas faire valoir un droit à une rente de l'assurance-invalidité dans la période déterminante et cela même si l'on devait admettre que, sur le plan psychiatrique, il avait présenté une incapacité de travail de plus de 40% du 13 janvier 2010 à fin février 2011 (cf. à ce sujet dossier OAI, p. 24 n° 8; 38 n° 1.1), point que le rapport du SMR du 13 mai 2011 a laissé ouvert (cf. dossier OAI, p. 77). Par conséquent, la décision entreprise doit être confirmée et le recours rejeté.

15.

Compte tenu de l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 400.-, sont mis à la charge du recourant débouté (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ce montant est compensé par l'avance de frais du même montant fournie par l'assuré. Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA *a contrario* en relation avec les art. 7 ss FITAF).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 400.-, sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà fournie de Fr. 400.-.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf.)
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président du collège :

Le greffier :

Vito Valenti

Yannick Antoniazza-Hafner

Indication des voies de droit :

Le présent arrêt peut être attaqué devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 44 ss, 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :