



Cour III
C-616/2013

Arrêt du 2 octobre 2013

Composition

Francesco Parrino (président du collège),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Beat Weber, juges,
Yann Grandjean, greffier.

Parties

X. _____,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 3 janvier 2013).

Faits :**A.**

X._____ est un ressortissant espagnol né le 25 décembre 1954. Marié depuis 1988, père d'une enfant née en 1990, il est actuellement domicilié dans la ville espagnole de (...) (pces 1 et 4). L'assuré a travaillé en Suisse de 1972 à 1992, puis a exercé en Espagne la profession de parquetier à titre indépendant jusqu'au 24 octobre 2011 (pces 3 et 9).

L'assuré souffre d'une gonarthrose tricompartimentale avancée avec notamment une chondropathie fémoropatellaire de degré III et d'une tendinite rotulienne chronique (pce 21).

En Espagne, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente depuis le 5 juin 2012 (pce 16).

B.

B.a Par acte du 24 mai 2012, reçu le 11 juin 2012, l'assuré a fait une demande d'octroi d'une rente d'invalidité à l'aide d'une formule E 204 "Instruction d'une demande de pension d'invalidité", transmise à l'autorité inférieure par l'intermédiaire de la Commission espagnole administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants (pce 1).

Dans le cadre de l'instruction ont notamment été produites les pièces suivantes:

- un formulaire E 205 "Attestation concernant la carrière d'assurance", daté du 5 juin 2012, établissant que l'assuré a cotisé en Espagne durant 6910 jours entre 1993 et 2012 (pce 2),
- un formulaire E 207 "Renseignement concernant la carrière de l'assuré", daté du 5 juin 2012, attestant que l'assuré a travaillé et cotisé en Suisse de janvier 1972 à décembre 1992 (pce 3; voir également pce 9),
- un questionnaire à l'assuré daté du 31 juillet 2012, dont il ressort que l'assuré a cessé de travailler le 24 octobre 2011 (pce 11),
- un questionnaire pour indépendants daté du 31 juillet 2012, dont il ressort que, du 1^{er} juillet 1993 au mois d'octobre 2011, l'assuré a travaillé comme parquetier (pce 16),

- un certificat médical daté du 18 avril 2012, émanant du Dr A._____, attestant que l'assuré souffre d'une gonarthrose tricompartimentale et d'une tendinite rotulienne et quadricipitale, et déclarant qu'il est improbable qu'il puisse reprendre son activité antérieure de parqueteur (pce 17),
- un formulaire E 213 "Rapport médical détaillé", émanant de la Dresse B._____ et daté du 29 mai 2012, dont il ressort que l'assuré a été victime d'un accident de la circulation en 1985 entraînant des lésions de la rotule droite et nécessitant une opération réalisée en Suisse, qu'il souffre d'une gonarthrose tricompartimentale d'une tendinite de la rotule et du quadriceps, d'une méniscopathie, d'un kyste de Baker et d'une bursite ansérine et rotulienne, qu'il s'ensuit des restrictions à l'activité professionnelle (la flexion, le levage et le port de charges fréquents, la montée d'échelles, d'escaliers ou de pans inclinés, le travail n'étant possible qu'en faisant alterner les postures) et que la poursuite de son activité antérieure de parqueteur était impossible (dès le 24 octobre 2011), mais qu'une activité professionnelle adaptée était possible, pour autant qu'il n'y ait pas de surcharge du genou (pce 19),
- une prise de position du Service médical de l'OAIE émanant du Dr C._____ et datée du 9 octobre 2012, qui diagnostiquait une gonarthrose tricompartimentale avancée et une tendinite rotulienne chronique et qui évaluait l'incapacité de travail dans l'activité habituelle à 20% dès le 18 avril 2011 et à 70% dès le 24 octobre 2011; le même médecin retenait une capacité de travail dans une activité de substitution dès le 24 octobre 2011, par exemple en tant qu'ouvrier non qualifié, manoeuvre dans une usine/fabrique/production en général, concierge, gardien d'immeuble ou de chantier, magasinier, gestionnaire de stock, réparateur de petits appareils/articles domestiques, caissier, dans l'enregistrement, le classement, l'archivage, l'accueil, réceptionniste, standardiste, téléphoniste (pce 21),

C.

Le 7 novembre 2012, l'autorité inférieure a communiqué à l'assuré un projet de décision tendant au rejet de la demande de prestations d'invalidité demandée au motif que le taux d'invalidité évalué était de 37%, inférieur à la limite de 40% exigée par la loi (pce 23).

Cette conclusion était étayée ainsi (pce 22). L'autorité inférieure a retenu comme référence l'Enquête suisse sur la structure des salaires de 2010 édité par l'Office fédéral de la statistique (ESS 2010), au motif que les

statistiques espagnoles ne seraient pas disponibles et qu'elles ne pourraient de toute façon ne pas être utilisées étant donné que la méthodologie retenue pour leur production est inconnue et que, de ce fait, elles ne présenteraient pas la même fiabilité et la même représentativité que celles disponibles en Suisse. Dans la comparaison des revenus, selon la méthode générale applicable aux travailleurs à temps complet qui auraient poursuivi leur activité salariée sans atteinte à leur santé, pour ce qui est du revenu sans invalidité, l'autorité inférieure a retenu que le salaire mensuel brut pour 40 heures hebdomadaires d'un salarié avec des connaissances professionnelles spécialisées dans la branche des travaux de construction spécialisés était de 5559 francs, porté à 5753.57 pour 41.4 heures hebdomadaires de travail.

S'agissant du revenu d'invalidité, l'autorité inférieure a retenu, chaque fois avec le niveau de qualification 4 (activités simples et répétitives) et pour 40 heures hebdomadaires, les activités suivantes: dans l'industrie du cuir et de la chaussure (4176 francs), dans l'industrie de l'habillement (4487 francs), dans les services bâtiments, aménagement paysager (4114 francs), dans des activités administratives ou de soutien aux entreprises (4400 francs), dans le commerce de gros (4869 francs), dans le commerce de détail (4508 francs) et dans la réparation de biens personnels et domestiques (3672 francs), soit une moyenne, en tenant compte des nombres d'heures hebdomadaires de chacune de ces catégories d'activités, de 4523 francs 30. L'autorité inférieure a ensuite tenu compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas, en particulier les limitations fonctionnelles en relation avec les atteintes à la santé, l'âge (57 ans) et le manque de formation de l'assuré pour opérer une réduction de 20% du salaire d'invalidité, pour retenir finalement un salaire mensuel brut de 3618 francs 64. Le taux d'invalidité de l'assuré s'élevait à 37.11% ($(5753.57 - 3618.64) / 5753.57 \times 100$), arrondi à 37%.

D.

Invité à se déterminer, l'assuré, par l'intermédiaire de son représentant, a, par acte du 17 décembre 2012, reçu le 27 décembre 2012, fait valoir en substance qu'il lui avait été reconnu une invalidité permanente par l'Institut espagnol national de la sécurité sociale et que la somme de ses pathologies devrait lui valoir une invalidité supérieure à 50% (pce 24).

L'assuré a produit diverses pièces, notamment une copie du certificat émanant du Dr A. _____ et daté du 18 avril 2012 (pce 28).

E.

Le 3 janvier 2013, l'autorité inférieure a notifié à l'assuré une décision rejetant la demande d'octroi d'une rente d'invalidité pour les mêmes motifs que ceux exposés dans le projet de décision du 7 novembre 2012. L'autorité inférieure a précisé que le certificat médical produit figurait déjà au dossier et avait été pris en compte, et que l'argument selon lequel l'assuré était au bénéfice d'une invalidité permanente totale dans son pays de résidence était sans conséquence du point de vue du droit suisse (pce 29).

F.

Par acte daté du 23 janvier 2013, expédié le 1^{er} février 2013 et reçu le 7 février 2013, l'assuré, par l'intermédiaire de son avocat, a déposé un recours contre la décision du 3 janvier 2013 (pce TAF 1).

A l'appui de son recours, l'assuré, reprenant l'argumentation développée à l'encontre du projet de décision, a fait valoir qu'un taux d'invalidité de 37% était incompatible avec son état de santé et a conclu à être mis au bénéfice d'une rente entière, subsidiairement d'un trois quarts de rente, plus subsidiairement d'une demi-rente, encore plus subsidiairement d'un quart de rente.

G.

Le 1^{er} mars 2013, invitée à se déterminer par ordonnance du 11 février 2013 (pce TAF 2), elle a produit sa réponse (pce TAF 3). En substance, l'autorité inférieure conteste d'abord être liée par les décisions étrangères en matière de sécurité sociale. Elle souligne que l'exigence d'une activité professionnelle de substitution plus légère, à raison de 100%, résultait de l'analyse concordante du formulaire E 213 et de la prise de position de son service médical (pces 19 et 21).

H.

Invité à se déterminer par ordonnance du 12 mars 2013 (pce TAF 4), le recourant, par acte daté et expédié le 20 mars 2013 et reçu le 2 avril 2013, a produit sa réplique qui reprend ses argumentations précédentes (pce TAF 6).

I.

Invité à verser une avance de frais de 400 francs par décision incidente du 4 avril 2013 (pce TAF 7), le recourant s'en est acquitté dans le délai imparti (pce TAF 8).

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), l'autorité de recours, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant l'autorité de recours est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite 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. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70 LAI), 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. 60 LPGA et 52 PA) et l'avance de frais ayant été fournie, le recours est recevable.

2.

2.1 Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). Lors d'un changement de législation durant la période

déterminante, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure et selon le nouveau dès ce moment-là (application *pro rata temporis*; ATF 130 V 445, voir aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2).

2.2 Au niveau du droit international, l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. 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 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 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1 et 0.831.109.268.11). Ces Règlements sont donc applicables en l'espèce (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_455/2011 du 4 mai 2012). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. On précisera que le règlement (CEE) n° 1408/71 — auquel l'ALCP renvoyait pour la période antérieure courant jusqu'au 31 mars 2012 — contenait une disposition similaire à son art. 3 al. 1.

2.3 Il sied en outre de souligner que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003). Ainsi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement [CE] n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement respectivement, pour le droit en vigueur jusqu'au 31 mars 2012, art. 40 al. 4 en relation avec l'annexe V du Règlement n° 1408/71; voir aussi ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement [CE] n° 987/2009).

2.4 Pour ce qui est du droit interne, les modifications consécutives à la 6^{ème} révision de la LAI, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, trouvent

également application en l'espèce, étant précisé que les nouvelles normes n'ont pas apporté de changements par rapport à l'ancien droit quant à l'évaluation de l'invalidité dont il convient de procéder en l'espèce.

2.5 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.

2.6 Concrètement le Tribunal peut se limiter à examiner si le droit à une rente était né jusqu'au 3 janvier 2013, 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; 129 V 222, consid. 4.1; 121 V 362 consid. 1b).

3.

3.1 Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes:

- être invalide au sens de la LPGa et de la LAI (art. 8 LPGa; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI);
- compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (cf. art. 45, 51 et 57 du règlement n° 883/2004).

3.2 En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI de 1972 à 1992 (pces 3 et 9). Le recourant remplit donc les conditions relatives à la durée minimale de cotisation. Il reste à examiner s'il est invalide.

4.

4.1 Aux termes de l'art. 8 LPGa, est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition 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.

4.2 Un 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). Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI – selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGa) – n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3). Depuis l'entrée en vigueur des nouveaux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un taux d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI indépendamment de leur domicile et résidence (art. 4 du règlement 883/04).

4.3 Selon l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40 % au moins. Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 28 al. 1 LAI (cf. chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

4.4 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 l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGa). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGa et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité

de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

5.

5.1 Le recourant a travaillé en Suisse durant près de vingt ans, entre 1972 et 1992. Il a ensuite exercé en Espagne la profession de parqueteur à titre d'indépendant jusqu'au 24 octobre 2011 (pces 3 et 9). Il n'a plus re-travaillé depuis lors.

5.2 La notion d'invalidité telle qu'elle résulte de l'art. 8 LPGA et de l'art. 4 LAI est de nature économique et juridique, et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Autrement dit, l'assurance-invalidité couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non l'atteinte à la santé en tant que telle. Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est ainsi fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA aux termes duquel 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 exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

5.3 Dans les cas où il est particulièrement difficile de déterminer les revenus avant et après l'invalidité, tout particulièrement s'agissant des indépendants, la jurisprudence admet que l'évaluation de la perte de gain soit faite, exceptionnellement, par une méthode dite extraordinaire. Celle-ci consiste à déterminer les répercussions économiques de la baisse de rendement sur la situation concrète où se déploie l'activité (cf. ATF 128 V 29 consid. 1; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Zurich 2011, n° 2183). Concrètement, en application de cette méthode, on constate d'abord l'empêchement dû à l'atteinte à la santé et, ensuite, on examine les effets de cet empêchement sur la capacité de gain (VSI 1998 p. 121; SVR 1996 IV n. 74 consid. 2b). Toutefois, si l'intéressé a cessé toute activité indépendante, on peut renoncer à l'application de la méthode de calcul extraordinaire et appliquer la méthode générale. Dans ce cas là, en effet, la comparaison des activités exercées avant et après la survenance de l'invalidité n'est plus possible (VALTERIO, op. cit. n° 2184; arrêt du Tribunal fédéral I 499/02 du 17 juin 2003 consid. 6 et les références).

5.4 Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2).

6.

6.1 L'art. 69 RAI prescrit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet, peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Pour accomplir leurs tâches les offices AI sont tenus, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant lorsqu'elle se révèle nécessaire pour clarifier les aspects médicaux du cas (MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Berne 2011, n° 2891). Il ne faut cependant recourir à une expertise que si des moyens plus simples et économiques ne suffisent pas à se prononcer (rapports médicaux, renseignements), ou encore en présence de controverses médicales sur le cas concret (STÉPHANE BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, Fribourg 1999, p. 142).

6.2 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). Il est à relever dans ce cadre, en ce qui concerne la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer

un dossier médical (cf. dans ce sens relativement aux expertises de parties: arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées).

7.

7.1 En l'espèce, l'autorité inférieure fonde sa décision sur deux rapports médicaux essentiellement.

D'une part, le formulaire E 213 "Rapport médical détaillé", émanant de la Dresse B. _____ et daté du 29 mai 2012, relève que le recourant a été victime d'un accident de la circulation en 1985 entraînant des lésions de la rotule droite et nécessitant une opération réalisée en Suisse. Ce rapport diagnostique chez le recourant une gonarthrose tricompartmentale, une tendinite de la rotule et du quadriceps, une méniscopathie, un kyste de Baker et une bursite ansérine et prérotulienne. Cette expertise conclut à des restrictions à l'activité professionnelle (la flexion, le levage et le port de charges fréquents, la montée d'échelles, d'escaliers ou de pans inclinés, le travail n'étant possible qu'en faisant alterner les postures) et souligne que la poursuite de son activité antérieure de parqueteur est impossible (dès le 24 octobre 2011), mais qu'une activité professionnelle adaptée est exigible, pour autant qu'il n'y ait pas de surcharge du genou (pce 19).

D'autre part, la prise de position médicale du Service médical de l'OAIE émanant du Dr C. _____ et datée du 9 octobre 2012, confirme, sur le fondement du formulaire E 213 précité et du certificat médical émanant du Dr A. _____ et daté du 18 avril 2012, le diagnostic et évalue l'incapacité de travail dans l'activité habituelle à 20% dès le 18 avril 2011 et à 70% dès le 24 octobre 2011. Ce même rapport estime exigible une activité de substitution sans incapacité dès le 24 octobre 2011, réservant une révision. A titre d'activités de substitution exigibles, sont retenues: ouvrier non qualifié, manoeuvre dans une usine/fabrique/production en général, concierge, gardien d'immeuble ou de chantier, magasinier, gestionnaire de stock, réparateur de petits appareils/articles domestiques, caissier, dans l'enregistrement, le classement, l'archivage, l'accueil, réceptionniste, standardiste, téléphoniste (pce 21).

7.2 L'autorité de recours relève qu'il n'y a aucune raison de remettre en cause les pièces sur lesquelles s'est fondée l'autorité inférieure. Les conclusions médicales, étayées par le certificat émanant du Dr A. _____ et daté du 18 avril 2012, sont concordantes quant au diagnostic, qui, outre l'accident de la circulation, sont typiques de l'activité professionnelle du recourant, et évalue de manière concordante la possibilité pour le recourant d'exercer une activité professionnelle de substitution.

7.3 De son côté, le recourant ne conteste pas formellement les expertises retenues par l'autorité inférieure. Il se contente d'affirmer que son état de santé n'est pas compatible avec les conclusions de l'autorité inférieure, soit qu'il est invalide à 37%. Dans ses écritures, le recourant ne fait que produire des documents figurant déjà au dossier.

S'agissant des documents établissant qu'il est effectivement au bénéfice d'une rente de la part de la sécurité sociale espagnole, il suffit de rappeler ici que les décisions étrangères en la matière ne préjugent pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse et ne sauraient donc lier l'administration ou le juge suisse (consid. 2.3).

Pour ce qui est des certificats médicaux produits par le recourant, l'autorité de recours ne peut que constater deux éléments. Premièrement, ces pièces figuraient déjà au dossier au moment de l'instruction par l'autorité inférieure. Secondement, le certificat médical daté du 18 avril 2012, émanant du Dr A. _____ confirme le diagnostic et le fait que le recourant ne pourra pas reprendre son activité habituelle de parqueteur, deux éléments que nul ne conteste en l'espèce. Il ne se prononce ni sur une activité de substitution ni, à plus forte raison, sur une limitation de la capacité de travail du recourant. Il s'ensuit qu'une activité de substitution est exigible à plein temps.

8.

8.1 En l'espèce, le recourant se présente comme un indépendant au moment de la survenance de son cas d'invalidité (en octobre 2011), encore ce fait ne ressort-il pas clairement des pièces au dossier. Vu la cessation actuelle de l'activité lucrative indépendante, l'invalidité doit s'évaluer selon la méthode applicable aux travailleurs salariés (consid. 5.3). Quoiqu'il en soit, l'établissement du revenu d'indépendant du recourant serait trop incertain et les comparaisons trop hasardeuses. L'autorité de recours peut par conséquent faire sien le raisonnement de l'autorité inférieure qui a consisté à appliquer la méthode générale de comparaison des revenus.

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

Le moment déterminant pour la comparaison des revenus est celui de la naissance du droit éventuel à la rente, soit un an après la survenance du cas d'invalidité (consid. 4.3). En l'espèce, le recourant ne travaillant plus dès le 24 octobre 2011, il convient de procéder à la comparaison des revenus un an plus tard, soit en octobre 2012.

8.3 S'agissant du revenu sans invalidité, il s'agit du revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide. Pour la détermination de ce revenu, il convient de se référer en principe au dernier salaire obtenu par l'assuré avant l'atteinte à la santé. On tient si nécessaire compte du renchérissement. Ce n'est qu'exceptionnellement que le recours à des données statistiques est autorisé.

Le gain d'invalide est une donnée théorique, même s'il est évalué sur la base de statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Les données de l'ESS relatives aux années déterminantes 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 (arrêt du Tribunal fédéral I 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6 et arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6). L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalide de référence d'une diminution de celui-ci, le cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5).

Ce 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 222 consid. 4.3.1). Le gain de personne valide doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, ou, à défaut de salaire de référence, au salaire théorique qu'il aurait pu obtenir selon les salaires théoriques statistiques disponibles de l'ESS.

8.4 L'autorité de recours relève que l'autorité inférieure s'est fondée sur l'ESS au motif que les données statistiques concernant l'Espagne ne sont actuellement pas éditées par le BIT et que, même en présence de cette publication, ces statistiques ne sauraient être utilisées car la méthodologie de leur établissement est inconnue et, de ce fait, ne présenteraient pas la même fiabilité que celles disponibles en Suisse. Ce raisonnement est acceptable et a été suivi par l'autorité de recours (arrêts C-5053/2006 du 4 septembre 2006 consid. 10.2.2 et C-6881/2008 du 2 juin 2010 consid. 11.3). Il convient cependant de relever deux éléments. D'une part, les données statistiques salariales espagnoles sont accessibles sur le site de l'Institut national espagnol de la statistique (www.ine.es), y compris par renvoi depuis le site du BIT (www.ilo.org). D'autre part, la différence de méthodologie – il faudrait l'établir au demeurant – dans l'établissement des statistiques espagnoles n'est pas en soi de nature à remettre en cause leur fiabilité. Cependant, la possibilité de l'existence de cette différence est de nature à fausser le calcul du taux d'invalidité dès lors que l'on comparera le revenu sans invalidité à un revenu d'invalidité établi selon des statistiques répondant aux critères suisses. C'est pour cette raison que le raisonnement de l'autorité inférieure peut être suivi.

8.5

8.5.1 En l'espèce, ce sont les dernières statistiques de l'ESS 2010 qu'il y a lieu de retenir. C'est cependant à tort que l'autorité inférieure n'a pas indexé les revenus du recourant au moment décisif, soit en octobre 2012 (consid. 8.2). Aussi bien pour le revenu sans invalidité que pour le revenu d'invalidité, il y a lieu d'indexer les chiffres de l'ESS 2010 de 1.72% ($\frac{2188-2151}{2151} \times 100 = 1.72$; indice 100=1939; OFS, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2012). Cela étant, l'indexation étant valable pour les deux revenus à établir, cette précision n'est pas de nature à influencer l'issue de la cause.

8.5.2 Le recourant a travaillé durant vingt ans dans le domaine de la construction en Suisse avant de travailler près de dix ans comme parqueteur indépendant. L'autorité de recours peut dès lors admettre l'appréciation de l'autorité inférieure selon laquelle la division économique "Travaux de construction spécialisés" et un niveau de qualification 3 "Connaissances professionnelles spécialisées" permet de saisir la situation du recourant. Si l'on se réfère à l'ESS 2010, le revenu correspondant est de 5559 francs bruts mensuels pour 40 heures hebdomadaires. Compte tenu d'une durée du travail de 41.5 heures hebdomadaires (La Vie économi-

que, 7/8-2013, B 9.2, secteur "Construction") et du renchérissement (1.72%), le revenu sans invalidité se monte à 5866 francs 70.

8.5.3 En l'espèce, et selon l'ESS 2010, le revenu mensuel brut médian pour des activités simples et répétitives (table TA1, applicable au secteur privé, "Total") est de 4901 francs pour 40 heures hebdomadaires. Il convient ensuite d'adapter ce revenu à l'horaire hebdomadaire effectif, soit 41.7 heures hebdomadaires (La Vie économique, 7/8-2013, B 9.2, "Total"), ce qui donne un revenu de 5109 francs 29. Ce montant doit encore être augmenté du renchérissement (1.72%), à 5197 francs 17.

8.5.4 L'autorité inférieure a procédé à une réduction de 20% pour tenir compte de la situation personnelle du recourant. Ayant rappelé que la réduction maximale admise est de 25% (consid. 8.3), l'autorité de recours peut admettre cette appréciation déjà proche de la limite jurisprudentielle bien que, d'une part, la capacité de travail du recourant est entière dans l'activité de substitution exigible et que, d'autre part, sa pathologie lui ouvre une large palette d'activités de substitution. En l'espèce cependant, en particulier compte tenu de l'âge du recourant (57 ans au moment de la décision), il est vraisemblable que le recourant n'atteigne pas le revenu médian retenu ci-avant. Appliquée au montant du revenu en l'espèce, cette réduction donne un revenu d'invalidité de 4157 francs 73.

8.5.5 La comparaison du revenu sans invalidité et du revenu d'invalidité en l'espèce aboutit à un taux d'invalidité de 29.13% $\left(\frac{5866.70 - 4157.73}{5866.70} \times 100\right)$, arrondi à 29%.

Partant, le recours doit être rejeté et la décision confirmée.

9.

Dans le cadre de cette demande de rente, il est utile de rappeler que, 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 (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références citées; ATF 123 V 233 consid. 3c). Dans ce contexte, il convient de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3).

10.

10.1 Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés à 400 francs, sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA en relation avec l'art. 37 LTAF). Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà fournie de même montant.

10.2 Il n'est pas alloué de dépens, le recourant ayant succombé et l'autorité inférieure n'y ayant pas droit (art. 7 al. 1 et 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

(Le dispositif figure à la page suivante.)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure de 400 francs sont compensés avec l'avance de frais déjà versée de même montant.

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 sociale (Recommandé)

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Yann Grandjean

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi 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 :