



Cour III
C-7168/2007/
{T 0/2}

Arrêt du 30 juin 2009

Composition

Vito Valenti (président du collège), Alberto Meuli et
Francesco Parrino, 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 29 août 2007).

Faits :**A.**

Le ressortissant espagnol A._____ a été engagé en Suisse de 1981 à 1988 en qualité d'ouvrier du bâtiment (pces 4 p. 2; 6; 50). De retour en Espagne, il a travaillé en dernier lieu dans l'entreprise de construction B._____ du 16 mars 2004 au 2 mai 2005, date à laquelle il a été mis en congé maladie jusqu'au 6 juillet 2006 (pces 37 et 50). Il a dès lors cessé d'exercer toute activité lucrative (pce 48 p. 2). En date du 6 avril 2006, il a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Instituto Nacional de seguridad Social (INSS; pce 26 p. 4), lequel a transmis la requête à l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE). Préalablement, une demande de même nature, déposée en date du 20 septembre 2002 auprès de l'INSS (pce 2 p. 4), avait été rejetée par l'autorité inférieure par décision du 16 juillet 2003 entrée en force (pce 25).

B.

Lors de la procédure d'examen de la demande, l'OAIE verse notamment les pièces suivantes au dossier:

- différents rapports médicaux produits en rapport avec la première demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée le 20 septembre 2002, à savoir un certificat du 22 novembre 1999 (pce 11), un certificat dont la date est illisible (pce 12), et des certificats du 8 mars 2000 (pce 13), du 30 janvier 2002 (pce 14), du 26 février 2002 (pce 15), du 20 mars 2002 (pce 16), du 13 septembre 2002 (pce 18), un rapport médical du 4 juillet 2002 suite à un électromyogramme (pce 17), un rapport médical E 213 du 19 novembre 2002 (pce 19), une prise de position médicale du 6 juin 2003 signée par le Dr C._____, médecin de l'OAIE, concluant à une capacité de travail entière du recourant (pce 21),
- les résultats d'un examen de l'ouïe du 3 avril 2001 (pce 38),
- un rapport médical du 28 août 2001 établi au centre D._____ (pce 39),

- un rapport médical du 19 novembre 2001 établi à la clinique E._____ (pce 40),
- un rapport médical du 10 mars 2003 relatif à une échographie abdominale signé par le Dr F._____ (pce 41),
- un rapport médical du 21 mars 2003 indiquant que l'assuré a été hospitalisé du 10 mars au 21 mars 2003 à l'hôpital G._____ pour traumatisme hépatique (pce 42),
- un rapport médical illisible du 30 avril 2003 établi au centre D._____ (pce 43),
- un rapport médical du 28 juillet 2004 signé par la Dresse H._____ (pce 44),
- un rapport médical illisible du 4 mai 2005 (pce 45),
- un rapport orthopédique du 7 mars 2006 signé par le Dr I._____ (pce 46),
- un acte de la sécurité sociale espagnole du 18 mars 2006 (pce 47),
- un rapport médical E 213 du 30 juin 2006 signé par le Dr J._____ faisant part de spondylarthrose lombaire, de sténose modérée au niveau L3-L4 et L4-L5, de hernie discale L4-L5 avec racine compromise en L5, d'hypertension artérielle et d'un électromyogramme effectué le 13 juin 2006 relevant une radiculopathie L5 gauche avec signes de dénervation active (pce 48 p. 8).
- un questionnaire pour l'assuré daté du 1^{er} février 2007, dans lequel ce dernier indique avoir travaillé à temps complet du 11 janvier 2001 au 31 octobre 2002 et du 16 mars 2004 au 6 juillet 2006 pour l'entreprise B._____ (pce 35),
- un questionnaire pour l'employeur daté du 5 mars 2007 indiquant que l'assuré a travaillé à temps complet du 16 mars 2004 au 2 mai 2005 pour l'entreprise B._____ et qu'il a été mis en congé maladie du 2 mai 2005 au 6 juillet 2006 (pce 37).

C.

L'OAIE soumet le dossier au Dr K._____, de son service médical, qui retient, dans son rapport daté du 31 mars 2007 (pce 51), qu'il existe actuellement chez l'assuré des signes plus importants de discopathie au niveau lombaire avec irritation radiculaire. Il conclut à une capacité de travail de 50% dans la profession exercée jusqu'alors et de 100% pour une activité de substitution adaptée. Il précise que l'intéressé est notamment à même de travailler à temps complet en tant qu'ouvrier non qualifié dans la production en général, surveillant de parking ou de musée, magasinier, gestionnaire de stocks, vendeur en général, réparateur de petits appareils et d'articles domestiques, caissier, vendeur de billets ou employé pour des activités simples de bureau et d'administration, sans qualification spéciale. Constatant que le recourant a cessé son activité le 6 juillet 2006, il propose de retenir cette date comme point de départ de la maladie de longue durée.

D.

D.a Sur ces bases, l'OAIE effectue par acte du 23 mai 2007 (pce 52) une évaluation de l'invalidité de l'intéressé en s'appuyant sur l'enquête de l'Office fédéral de la statistique portant sur la structure des salaires suisses en 2004 (cf. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/04.html>). Il prend comme référence sans invalidité le salaire mensuel moyen d'un salarié avec des connaissances professionnelles spécialisées dans le secteur de la construction (niveau de qualification 3) soit Fr. 5'358.- pour 40 h./sem. et Fr. 5'585.72.- pour 41.7 h./sem. (temps de travail selon l'Office fédéral de la statistique).

S'agissant du salaire de comparaison avec invalidité, l'OAIE remarque que les activités de substitution proposées par le Dr K._____ sont comparables à des activités simples et répétitives dans le secteur privé (niveau de qualification 4). Le salaire de référence correspond ainsi à la moyennes dans revenus obtenus dans ce secteur soit Fr. 4'588.-- pour 40 h./sem. et de Fr. 4'771.52.- pour 41.6 h./sem. Ce dernier montant est ensuite réduit de 20% ($4'771.52 - 954.30 = \text{Fr. } 3'817.22$), afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier.

D.b Partant, l'office compare un salaire mensuel sans invalidité de Fr. 5'585.72.- à un salaire avec invalidité de Fr. 3'817.22.-. Le calcul de

la perte de gain est le suivant: $([5'585.72 - 3'817.22] \times 100) : 5'585.72 = 31.66\%$.

E.

Par projet de décision du 25 mai 2007 (pce 53), l'OAIE informe l'intéressé que, selon lui, il convient certes de retenir une incapacité de gain dans la dernière activité exercée de 50% mais que par contre une activité plus légère, mieux adaptée à son état de santé est exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente. Il précise qu'il est sans importance pour l'évaluation du degré d'invalidité qu'une activité raisonnablement exigible soit effectivement exercée ou non et conclut au rejet de la demande de prestations.

F.

Par acte daté du 3 juillet 2007 (pce 56), l'assuré fait part de son désaccord quant au projet de rejet. Il souligne ne pas pouvoir réaliser des activités même légères en raison des maux dont il souffre. Il précise en particulier que ses affections au dos causent une perte de sensibilité de sa jambe gauche de sorte que, lorsqu'il passe de la position assise à la position debout, il nécessite quelques minutes avant de pouvoir à nouveau marcher, que son bras droit présente un déficit fonctionnel et que la sécurité sociale espagnole lui a reconnu une incapacité de travail totale permanente. Il conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité en Suisse à un taux équivalent à celui retenu dans son pays de résidence. A l'appui de sa demande, il produit les documents suivants:

- un rapport médical du 11 juin 2007 signé par le Dr L._____ (pce 54) selon lequel l'assuré présente des douleurs dans la région lombaire irradiant le membre inférieur gauche avec paresthésie de tout le membre jusqu'au pied; par ailleurs, ce rapport fait notamment part d'une intense contracture lombaire avec limitation fonctionnelle relative aux flexions-extensions et flexions latérales, d'une manoeuvre de Lasègue positive à 35°, de signes d'arthrose lombaire avec discopathie, de l'existence d'une discopathie L4-L5-S1 avec protrusions discales et hernie discale L5-S1; le Dr L._____ souligne que l'assuré présente des limitations dans l'exercice de sa profession; il déconseille notamment la réalisation d'efforts tels que le port de charges, car ceux-ci peuvent aggraver les affections dont souffre l'intéressé,

- un rapport médical du 11 juin 2007 (pce 55) signé par le Dr M._____ faisant part d'hypoacousie, d'hypertension artérielle, de dyslipidémie, de spondylose lombaire, de hernie discale L4-L5 et d'une diminution de la mobilité du bras droit avec limitation fonctionnelle (pce 55).

G.

L'OAIE présente la nouvelle documentation au Dr K._____, de son service médical, pour prise de position. Dans son rapport du 20 août 2007, celui-ci retient qu'une hernie discale sans véritable trouble neurologique mais avec douleur n'est médicalement pas incompatible avec un travail lourd à 50% et une activité légère adaptée à 100%. Il souligne que la nouvelle documentation du 11 juin 2007 énumère des diagnostics dont la hernie discale sans nouvel élément objectif et que les diagnostics d'hypoacousie, d'hypertension et de dyslipidémie ne sont absolument pas incompatibles avec quelque activité que ce soit.

H.

Par décision du 29 août 2007 (pce 60), notifiée le 5 octobre 2007 (pce 61), l'OAIE rejette la demande de prestation de l'assuré en reprenant la motivation du projet de décision du 25 mai 2007. Il précise que les décisions de la sécurité sociale étrangère ne lient pas l'assurance-invalidité suisse.

I.

Par acte daté du 19 octobre 2007 (pce TAF 1), l'intéressé interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée. Soulignant que la sécurité sociale espagnole lui a reconnu une incapacité de travail dans sa profession pour cause de spondylarthrose lombaire, de sténose modérée au niveau L3-L4 et L4-L5, de hernie discale L4-L5 avec irritation radiculaire en L5, de radiculopathie L5 gauche avec signes de dégénération active et d'hypertension artérielle, il conclut à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité sur la base d'un taux d'invalidité d'au moins 40%. Il joint à son recours deux documents de la sécurité sociale espagnole certifiant qu'une invalidité totale permanente lui a été reconnue dans son pays de résidence (pce TAF 1 p. 6 et 7).

J.

J.a Invitée à se déterminer par le Tribunal de céans, l'autorité inférieure, dans sa réponse au recours du 30 janvier 2008 (pce TAF 5), relève que, conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse. Par ailleurs, elle allègue que, selon le calcul comparatif des revenus établi par son Office, le recourant subit une perte de gain de 32%, ce qui est insuffisant pour l'octroi d'une rente d'invalidité selon le droit des assurances sociales suisse.

J.b Par réplique du 11 mars 2008 (pce TAF 7) et duplique du 10 avril 2008 (pce TAF 10), les parties réitèrent leurs conclusions.

K.

Par décision incidente du 14 novembre 2007, notifiée le 18 novembre 2007 (pces TAF 2 et 3), le Tribunal de céans invite le recourant à verser, dans un délai de 14 jours dès réception de ladite décision, une avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 400.-. Le 26 novembre 2007, l'intéressé verse Fr. 648.- sur le compte du Tribunal administratif fédéral (pces TAF 4 p. 2).

L.

Par ladite décision incidente du 14 novembre 2007 (pce TAF 2), le Tribunal de céans informe également le recourant de la composition du collège. Par ordonnance du 22 août 2008, il communique ensuite à l'intéressé un changement de la composition du collège (pce 12). Aucune demande de récusation n'a été présentée dans le délai impart.

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), le Tribunal de céans, 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 concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

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

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), le recours est recevable.

2.

2.1 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. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1^{er} juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de

même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

2.2 L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71.

2.3 De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensations [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

3.1 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.

3.2 L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision litigieuse eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et les références). La présente procédure est ainsi régie par la teneur de la LAI modifiée par la novelle du 21 mars 2003 (4^{ème} révision). Les dispositions de la 5^{ème} révision entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 ne sont pas applicables.

3.3 Le recourant a présenté sa demande de rente le 6 avril 2006 (pce 26 p. 4). En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Concrètement le Tribunal peut se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 6 avril 2005 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 29 août 2007, 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 et 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:

- être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA, art. 4, 28, 29 al. 1 LAI);
- compter une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI).

Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total (pce 6) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner s'il est invalide.

5.

5.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

5.2 Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI 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. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 28 al. 1^{er} LAI). Toutefois, depuis l'entrée en vigueur des accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants de l'Union européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI

à partir du 1^{er} juin 2002 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE.

5.3 Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré, *in casu* ressortissant de l'Union européenne, présente une incapacité durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; voir ATF 121 V 264 consid. 6). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2).

5.4 Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI (cf. chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

6.

6.1 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. Le Tribunal fédéral a précisé qu'il n'y pas lieu de poser des exigences excessives quant aux possibilités des assurés de trouver un emploi correspondant aux activités de substitution proposées. Il suffit en principe qu'une telle place de travail n'apparaisse pas à toute évidence comme exclue (arrêts du tribunal fédéral 9C_446/2008 du 18 septembre 2008 et 9C_236/2008 du 4 août 2008).

6.2 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 méde-

cin; 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, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

7.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPG), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a).

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, 2^{ème} édition, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; 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).

8.

8.1 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).

8.2 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement 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 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. 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 351 consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

9.

9.1 Il appert notamment du rapport E 213 daté du 30 juin 2006 que l'assuré souffre de spondylarthrose lombaire, de sténose modérée au niveau L3-L4 et L4-L5, de hernie discale L4-L5 avec irritation radiculaire en L5, d'hypertension artérielle et d'une radiculopathie L5 gauche avec signes de dénervation active (pce 48 p. 8). Or, à défaut d'un état de santé stabilisé, la lettre a de l'art. 29 al. 1 LAI est inapplicable; seule peut entrer en considération la lettre b de cette disposition légale prévoyant une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail relevante pour la détermination du début du droit à la rente.

9.2 Il convient ensuite d'examiner la capacité de travail de l'assuré.

9.2.1 L'autorité inférieure, se basant sur les prises de position du 31 mars et du 20 août 2007 du Dr K._____ (pces 51 et 59), de son service médical, retient une capacité de travail du recourant de 50% dans sa dernière activité de maçon et de 100% dans une activité légère adaptée (pce TAF 5 p. 2). Le recourant fait pour sa part valoir que, vu les affections dont il souffre, il ne peut plus exercer une activité professionnelle quelconque (pce 56; pces TAF 1 et 8).

9.2.2

9.2.2.1 Le Tribunal de céans constate que l'appréciation du Dr K._____ s'accorde avec le rapport E 213 du 30 juin 2006 signé par le Dr J._____. En effet, le médecin de l'INSS retient que l'assuré présente certes des limitations fonctionnelles importantes dans l'exercice de sa dernière activité de maçon (pce 48 p. 8) mais que par contre une activité de substitution légère est exigible de sa part à plein temps (pce 48 p. 10). Il précise notamment que, au niveau du rachis, la mobilité cervicale et lombaire de l'intéressé est dans la norme et que la mobilité des membres supérieurs et inférieurs est sans limitation. Par ailleurs, il retient que, selon les examens neurologiques, l'assuré présente des mouvements normaux et une marche normale (pce 48 p. 5).

9.2.2.2 Le recourant a toutefois produit deux nouveaux documents postérieurs au rapport E 213 du 30 juin 2006 qui semblent faire part de limitations fonctionnelles de l'assuré non mentionnées par le médecin de l'INSS. Il s'agit du rapport médical du 11 juin 2007, signé par le Dr L._____ (pce 54) et du rapport médical du 11 juin 2007 signé par le Dr M._____ (pce 55). Il convient donc d'examiner si ces

documents permettent de remettre en cause les conclusions du Dr J._____ et du Dr K._____.

9.2.2.2.1 Dans son rapport médical du 11 juin 2007 (pce 54), le Dr L._____ fait part de façon très succincte d'une paresthésie du membre inférieur gauche de l'assuré causée par ses affections au dos (cf. également les rapports médicaux du 22 novembre 1999 et du 8 mars 2000 [pces 11 et 13] où il fait aussi part de déficits fonctionnels du membre inférieur gauche). Le recourant allègue que cette affection l'empêcherait d'exercer une activité de substitution, en soulignant notamment que, après avoir été en position assise, il doit attendre quelque temps avant de retrouver la sensibilité de sa jambe et pouvoir marcher (pce 56 p. 2). Le Tribunal de céans ne saurait se rallier à cette argumentation qui n'est en particulier pas confirmée par le Dr L._____. En effet, ce médecin se limite à constater une limitation fonctionnelle de l'assuré dans sa profession habituelle et à proscrire tout effort tel que par exemple le port de charges. On ne saurait donc déduire de ces indications qu'une activité légère ne peut pas être exercée par l'assuré.

9.2.2.2.2 Concernant le rapport du 11 juin 2007 signé par le Dr M._____ (pce 55), on observe que ce document mentionne les diagnostics d'hypoacousie, d'hypertension artérielle, de dyslipidémie, de spondylose lombaire et de hernie discale L4-L5. De plus, il fait part d'une diminution de la mobilité du bras droit de l'intéressé avec limitation fonctionnelle. Soulignant que ce document reste très générique, le Tribunal de céans estime qu'il ne saurait être de nature à semer un doute suffisant quant au bien-fondé des conclusions des Drs J._____ et K._____ exposées ci-dessus. En effet, le médecin de l'OAIE, dans sa prise de position du 20 août 2007 (pce 59), retient à raison que les diagnostics d'hypoacousie, d'hypertension et de dyslipidémie ne sont absolument pas incompatibles avec quelque activité que ce soit. Force est de constater qu'aucun document objectif versé au dossier ne permet de remettre en cause cette appréciation. Quant au déficit fonctionnel du bras droit de l'intéressé, il convient de relever que le rapport du Dr M._____ est très peu étayé à ce sujet, notamment quant à l'intensité de cette affection et ses incidences sur l'exercice d'une activité de substitution légère. Le Dr K._____ estime pour sa part que les déficits fonctionnels liés aux maux du dos de l'assuré ne font pas obstacle à l'exercice d'une activité légère (prise de position du 20 août 2007 [pce 59]). On note

également que le recourant se borne à mentionner la diminution de la mobilité de son bras droit dans ses observations relatives au projet de décision du 25 mai 2007 (cf. l'écriture de l'intéressé datée du 3 juillet 2007 [pce 56]) et ne décrit pas pour quelles raisons concrètes ce déficit fonctionnel l'empêcherait d'exercer une activité légère.

9.2.3 Dans ces circonstances, il y a donc lieu de conclure que le recourant est à même d'exercer une activité de substitution légère à temps complet.

10.

10.1 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 gain d'invalide est une donnée théorique et est évalué sur la base de statistiques. 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). 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 224 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.

10.2 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). Il convient toutefois d'effectuer une comparaison des revenus ultérieure si, jusqu'au moment où la décision est rendue, une modification des salaires de référence se produit et que celle-ci a une incidence sur l'ampleur de la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.2).

10.3 La comparaison de revenus doit s'effectuer sur le même marché du travail (ATF 110 V 276 consid. 4b). S'agissant d'assurés étrangers résidant à l'étranger, en raison de la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie généralement entre la Suisse et

leur pays de résidence, on ne saurait retenir le montant du dernier salaire obtenu par l'intéressé dans son Etat de résidence pour être comparé avec un revenu théorique statistique suisse. Dans ces situations, les rémunérations retenues par l'enquête suisse sur la structure des salaires 2004 peuvent aussi servir à fixer le montant des revenus que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide.

10.4 L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalide de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet pas à ce titre de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 78 consid. 5).

10.5 En l'espèce, l'OAIE a effectué une évaluation de l'invalidité selon la méthode générale par une comparaison de revenus entre le salaire mensuel moyen d'un salarié avec des connaissances professionnelles spécialisées dans le secteur de la construction en 2004 avec un revenu théorique moyen 2004 pour des activités de substitution simples et répétitives (cf. à ce sujet arrêts du Tribunal fédéral I 758/02 du 16 juillet 2003 consid. 3.4, I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6.1 et I 402/06 du 11 juin 2007 consid. 4.4) et a constaté que l'assuré, du fait de son invalidité, subissait une diminution de sa capacité de gain de 31.66% (cf. supra D: $([5'585.72 - 3'817.22] \times 100) : 5'585.72 = 31.66\%$). En l'occurrence, on constate cependant que l'assuré a travaillé à temps complet du 16 mars 2004 au 2 mai 2005 (voire pces 35 p. 1 et 37 p. 2), qu'il a été mis en congé maladie le 2 mai 2005 et qu'il n'a pas repris le travail depuis cette date (pces 37 p. 2 et 48 p. 2). Un éventuel droit à la rente aurait donc pu naître au plus tôt le 2 mai 2006, soit après la période d'attente d'une année prévue par l'art. 29 al. 1 let. b LAI (cf. supra consid. 9.1). Selon la jurisprudence exposée ci-dessus (cf. supra consid. 10.2), il y a donc lieu de se baser sur les données de l'enquête suisse sur la structure des salaires 2006 pour effectuer la comparaison des revenus. Le Tribunal de céans constate toutefois que, même en procédant de la sorte, le recourant ne présente pas un taux d'invalidité suffisant pour faire naître un droit à une rente. On note également que l'autorité inférieure a réduit le revenu après invalidité de 20% pour des raisons liées au handicap de l'intéressé. Cet abattement apparaît justifié étant donné l'âge du recourant, les affections dont il souffre et le fait que, sur le plan médical, l'exercice d'une activité de substitution légère est exigible de sa part à plein temps. Il peut donc être confirmé par le Tribunal de céans.

11.

11.1 Au vu de ce qui précède, il appert ainsi que le recourant ne présente pas une incapacité de gain suffisante pour faire naître un droit à des prestations de l'assurance-invalidité. C'est donc à juste titre que l'OAIE a rejeté la demande de prestation de l'assuré et le recours contre cette décision doit être rejeté.

12.

Vu 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 fournie de Fr. 648.-, le solde restant étant restitué au recourant. Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA *a contrario* en relation avec les art. 7 ss FITAF).

(dispositif à la page suivante)

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 de Fr. 648.- versée par l'intéressé sur le compte du Tribunal de céans le 26 novembre 2007. Le solde restant d'un montant de Fr. 248.- est remboursé au recourant.

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.

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

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 du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :