



Cour III
C-725/2018

Arrêt du 6 mars 2023

Composition

Caroline Gehring (présidente du collège),
Viktoria Helfenstein, Christoph Rohrer, juges,
Frédéric Lazeyras, greffier.

Parties

A. _____, (Espagne)
recourant,
contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE),**
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, nouvelle demande (décision du 29 décembre 2017)

Faits :**A.**

A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant espagnol né le (...) 1968, sans formation professionnelle certifiée, marié et père de deux enfants nés en 2000 et 2002, a travaillé comme ouvrier dans la construction et cotisé notamment durant 184 mois de juin 1986 à juin 2002 à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse. En 2002, il est reparti vivre en Espagne où il a continué de travailler à 100% dans le secteur de la construction, avant de subir une première incapacité de travail du 7 juin 2011 au 13 juillet 2011, une seconde du 16 octobre 2012 au 2 novembre 2012, puis une troisième à partir 18 novembre 2012 correspondant à son dernier jour de travail effectif, son contrat de travail ayant pris fin le 30 novembre 2012 (pces AI 9 p. 3, 10, 12, 14 p. 2-3, 18, 28 p. 2, 39, 40, 69, 83, 115, 118).

B.

B.a Le 14 novembre 2011, A. _____ a déposé une première demande de prestations d'invalidité tendant à l'octroi d'une rente que l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure) a rejetée par décision du 11 septembre 2012, considérant que l'assuré était à même d'exercer une activité lucrative dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente. A l'appui de ce prononcé, l'OAIE s'est fondé sur la documentation médicale au dossier établissant que les atteintes oculaire – baisse de la vision de l'œil droit sur kératite herpétique disciforme et glaucome – et lombaire – discopathies lombaires dégénératives en L1-L2 et L4-L5, hernie discale avec empreinte sur le sac dural sans conflit radiculaire radiologiquement confirmé ni corrélation clinique – entraînaient une incapacité totale de travail dans des activités nécessitant une vision binoculaire ainsi que de se baisser et soulever des charges importantes comme dans le métier de maçon, mais permettaient d'exercer à 100% des activités n'impliquant pas d'exposition aux températures élevées, à l'humidité, aux gaz, à la vapeur, au bruit, aux risques de chute et favorisant l'alternance des positions assise, debout et en mouvement (cf. rapport final du 12 juin 2012 du Dr. B. _____ [médecin auprès du SMR (...) Service médical régional de l'assurance-invalidité [ci-après : SMR (...)] ; pce AI 18]), prise de position du 17 mai 2012 du Dr C. _____ [médecin auprès du Service médical de l'OAIE [ci-après : SM/OAIE ; pce AI 17]], rapport E213 du 29 novembre 2011 complété le 23 avril 2012 de la Dresse D. _____ [pces AI 3 et 13], rapport de radiologie lombo-vertébrale du 21 octobre 2011 de la Dresse E. _____ [pce AI 92]).

L'assuré n'a pas formé recours contre cette décision.

B.b Le 5 septembre 2014, A._____ a déposé une seconde demande de prestations d'invalidité pour des récives de la kératite herpétique, les discopathies dégénératives lombaires et un syndrome dépressif réactif (pces AI 27 et 69).

B.b.a Par décision du 4 mai 2015, l'autorité inférieure a rejeté la seconde demande, considérant que la documentation médicale confirmait des atteintes à la santé déjà connues. En effet, l'anamnèse parfaitement documentée confirmait que l'assuré présentait depuis 10 ans une évolution constante de son infection herpétique de l'œil droit laquelle avait pratiquement conduit à une cécité et n'avait subi aucun changement depuis le rejet de la précédente demande de prestations AI, tandis que la lombalgie et la discopathie ne présentaient aucun signe neurologique-radiculaire clinique (cf. prises de position des 3 février 2015 et 2 avril 2015 du Dr F._____ [médecin SM/OAIE ; pces AI 41, 52 et 53]).

B.b.b Statuant le 8 février 2016 sur recours interjeté par l'assuré contre la décision du 4 mai 2015, le Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal ou TAF) a partiellement admis celui-là, annulé celle-ci et renvoyé le dossier à l'OAIE pour instruction médicale complémentaire sur les plans ophtalmique, lombaire et psychique (cf. arrêt TAF C-3665/2015 du 8 février 2016 spéc. consid. 8.4 et 8.5 [pce AI 69]). Donnant suite à l'arrêt de renvoi, l'OAIE a procédé au complément d'instruction requis et porté au dossier plusieurs avis des médecins traitants de l'assuré (pces AI 74, 76, 77, 78, 79, 80, 89, 90, 91, 92, 108, 110), un rapport E213 du 1^{er} septembre 2016 de la Dresse G._____ (pce AI 75), ainsi que les prises de position du SMR (...) du Dr H._____ des 7 octobre 2016, 20 janvier 2017, 18 août 2017 et 7 décembre 2017 (pces AI 85, 100, 116, 128) et celles du SM/OAIE de la Dresse I._____ des 20 février 2017, 14 juillet 2017 (pces AI 102, 113) et de la Dresse J._____ du 1^{er} septembre 2017 (pce AI 118).

B.b.c Statuant par décision du 29 décembre 2017, l'OAIE a confirmé son projet de décision du 25 septembre 2017 et derechef rejeté la seconde demande de prestations compte tenu d'un degré d'invalidité de 33% résultant d'une comparaison des gains – déterminés sur la base des salaires statistiques 2012 – sans et avec atteinte à la santé de 5'633.63 francs respectivement 3'771.35 francs, le revenu d'invalidé étant déterminé sur la base d'une capacité résiduelle de travail de 80% dans une activité lucrative adaptée à l'état de santé ainsi que d'un abattement de 5%. Se fondant principalement sur les rapports du SMR (...) et du SM/OAIE

précités, il a retenu que la dernière activité lucrative exercée dans la construction n'était plus exigible compte tenu de l'atteinte ostéo-articulaire et de la vision monoculaire, tandis que les atteintes psychique et ophtalmologique fondaient une incapacité de travail de 20% dans des activités adaptées à l'état de santé (pces AI 120, 121, 129).

C.

C.a Par écritures des 30 janvier 2018 et 1^{er} février 2018 (dates des timbres postaux), A. _____ interjette recours contre la décision du 29 décembre 2017, dont il requiert l'annulation en concluant à l'octroi d'une rente correspondant à un degré d'invalidité de 60% au moins. En bref et pour l'essentiel, il fait grief à l'OAIE de ne pas avoir évalué correctement son état de santé, respectivement la gravité des troubles dont il souffre et leur incidence sur sa capacité de travail. A l'appui de ses conclusions, il verse en cause plusieurs pièces médicales (pces TAF 1, 2).

C.b Aux termes d'une réponse déposée le 11 avril 2018, l'autorité inférieure conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, exposant que la documentation médicale produite par l'assuré en procédure de recours figure déjà au dossier et qu'elle met en évidence des pathologies connues et déjà prises en compte dans le cadre de la décision attaquée (pce TAF 5).

C.c Le recourant n'ayant donné aucune suite à l'ordonnance du 16 mai 2018 – notifiée le 24 mai 2018 – l'invitant à répliquer, le Tribunal a clos l'échange des écritures par ordonnance du 20 juillet 2018, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées (pces TAF 8, 9, 10).

C.d Par écriture spontanée du 21 août 2018 (date du timbre postal), le recourant fait état de sa situation patrimoniale précaire et rappelle que la sécurité sociale espagnole lui a reconnu une incapacité totale et permanente de travail dans son activité habituelle de maçon, ainsi que dans toute autre activité lucrative du secteur de la construction, depuis le 5 novembre 2011 (cf. jugement du 25 février 2013 du Tribunal social de (...)) [pce TAF 11 ; pces AI 26 et 27 p. 4].

C.e Par ordonnance du 30 août 2018, le Tribunal a transmis pour information une copie de l'écriture du 21 août 2018 à l'autorité inférieure, rappelant au passage que l'échange des écritures était en principe clos, sous réserve d'autres mesures d'instruction (pce TAF 12).

D.

Les autres faits et arguments de la cause seront examinés, en tant que besoin, dans les considérants qui suivent.

Droit :**1.**

1.1 Le Tribunal examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA ; RS 172.021] ; ATAF 2016/15 consid. 1 et 2014/4 consid. 1.2).

1.2 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF ; RS 173.32), le Tribunal connaît, 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), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par l'OAIE.

1.3 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. 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. 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), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

1.4 En l'espèce, interjeté en temps utiles et dans les formes requises (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) par une personne directement touchée par la décision attaquée (art. 48 al. 1 PA et 59 LPGA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (TAF pces 4, 7), le recours est recevable.

2.

La présente procédure présente un aspect transnational dans la mesure où le recourant est un ressortissant espagnol, domicilié en Espagne et ayant travaillé en Suisse de 1986 à 2002 (cf. let. A *supra*).

2.1 La cause doit être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à l'aune des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP ; RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). 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 (RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353).

2.2 De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). 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 n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

Partant, ni l'OAIE ni le Tribunal ne sont liés par les décisions et pratiques des autorités de sécurité sociale espagnoles ou d'autres autorités administratives espagnoles, étant toutefois 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 n° 987/2009). Ainsi, contrairement à ce que l'assuré prétend, le fait qu'il bénéficie d'une rente d'invalidité espagnole depuis le 5 novembre 2011, suite de la décision du Tribunal social de (...) (cf. let. C *supra*), n'a pas d'incidence sur la décision des autorités helvétiques.

3.

3.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR / ETIENNE POLTIER, *Droit administratif*, vol. II, 3^{ème} éd., 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, 138 V 218 consid. 6).

3.2 Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (P. MOOR / E. POLTIER, *op. cit.*, ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, *Procédure administrative*, 2^{ème} éd., 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, *Introduction à la procédure administrative*, 2013, n° 176). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a et 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER / MICHAEL BEUSCH / LORENZ KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2^{ème} éd., 2013, n° 1.55 ; cf. également JEAN MÉTRAL, in : A.-S. Dupont / M. Moser-Szeless [édit.], *Commentaire Romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales [LPGA]*, 2018, ad art. 61 n^{os} 74 ss). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

3.3 Selon l'art. 49 PA, le recourant peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

4.

4.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait devant être apprécié juridiquement ou ayant des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (cf. ATF 143 V 446 consid. 3.3, 136 V 24 consid. 4.3, 132 V 215 consid. 3.1.1). Ainsi, les modifications de la loi fédérale du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ne sont pas pertinentes dans le cas concret. Sauf indication contraire, les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659 ; FF 2010 1647), s'appliquent par conséquent en l'espèce.

4.2 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2, 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références). De la même manière, le Tribunal ne prend en principe pas en considération les rapports médicaux établis après la décision attaquée, à moins que ceux-ci permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (ATF 130 V 138 consid. 2.1, 129 V 1 consid. 1.2, 121 V 362 consid. 1b).

5.

5.1 Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, l'assuré 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) et compter au moins trois années entières 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 (FF 2005 4065 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004 ; ATF 131 V 390).

In casu, il ressort du dossier que l'assuré ; qui compte notamment 184 mois de cotisations à l'AVS/AI suisse (pce AI 12), remplit la condition afférente à la durée minimale de cotisations.

5.2 En outre, conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

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). L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que 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 (art. 13 LPGA) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1^{er} juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsque, comme en l'espèce, la personne assurée est un ressortissant suisse ou de l'Union européenne (UE) et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

5.3 Cela étant, il convient d'examiner si le recourant est invalide au sens de la LAI.

6.

6.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

6.2 Selon l'art. 7 al. 1 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain.

6.3 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 (art. 6, 1^{ère} phrase, LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^{ème} phrase, LPGA).

6.4 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du TF 8C_759/2019 du 22 janvier 2020 consid. 4.2.2 et 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.2).

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

6.5.1 Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a).

6.5.2 La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références citées, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, ad art. 57 LAI n°33). Ainsi, l'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu.

7.

7.1 En l'espèce, la décision litigieuse du 29 décembre 2017 dénie au recourant tout droit à la rente et rejette sa seconde demande de prestations compte tenu d'un degré d'invalidité de 33% correspondant à une atteinte ostéo-articulaire, à une vision monoculaire ainsi qu'à un trouble psychique entraînant depuis le 30 novembre 2012 une incapacité de travail de 100% – due à l'atteinte ostéo-articulaire – dans l'activité habituelle de maçon et de 20% – due à la vision monoculaire et au trouble psychique – dans une activité de substitution n'impliquant ni surcharge du segment lombaire, ni risque d'accident pour l'assuré ou pour autrui, ni vision binoculaire (pces AI 120 et 129).

7.2 Le recourant, qui conteste ces considérations, conclut à l'octroi d'une rente correspondant à un degré d'invalidité de 60% au moins, avançant, en bref et pour l'essentiel, les arguments suivants. Se fondant sur les avis de ses médecins traitants, il explique que la répétition des poussées d'herpès oculaire et les douleurs en résultant entraînent des difficultés d'attention visuelle, altèrent la stabilité du film lacrymal et lui interdisent l'exercice de toute activité lucrative s'exerçant dans des milieux exposés à la poussière, à l'humidité, au vent, à l'air, nécessitant une vision binoculaire et s'exerçant dans des locaux congestionnés, impliquant des expositions à certains agents tels que le chrome, le calcium ou les silicates (Cr, CaO, SiO₄Fe), aux rayonnements ultraviolets, aux arcs voltaïques, aux équipements de soudure et aux poussières de ciment en suspension. L'atteinte oculaire affecte sa capacité de travail respectivement de gain dans une mesure sensiblement plus sévère qu'auparavant de sorte que c'est à tort que l'autorité inférieure considère qu'elle aurait déjà été prise en compte précédemment. Il argue en outre que ses importantes atteintes lombaires et en particulier discales limitent sévèrement l'exercice de son métier de

maçon de même que celui de toute autre activité lucrative et ne lui permettent pas de remplir les exigences minimales attendues par tout employeur, aussi tolérant soit-il. Il ajoute que les atteintes somatiques précitées se répercutent sur sa stabilité émotionnelle et lui occasionnent un trouble de l'adaptation avec des symptômes mixtes d'anxiété et de dépression de caractère réactif à la problématique médicale invalidante de longue évolution. Il ajoute que l'autorité inférieure n'a pas pris toute la mesure des atteintes à la santé qu'il présente et n'a en particulier pas convenablement évalué la capacité résiduelle de travail résultant de ces troubles, l'avis des médecins de l'Institut national espagnol de la sécurité sociale devant, à son avis, prévaloir dès lors que ce sont eux qui sont au plus près de sa situation. L'impossibilité de mettre à profit quelque capacité physique que ce soit n'a pas non plus été considérée à sa juste valeur. D'ailleurs, le droit à une rente d'invalidité lui a été reconnu par la sécurité sociale espagnole en raison d'une incapacité de travail totale et permanente dans son activité habituelle de maçon. Enfin, il conteste que le marché du travail lui offre de manière réaliste des possibilités concrètes d'exploiter sa capacité résiduelle de travail.

8.

Circonscriit par le recours et la décision de l'OAIE du 29 décembre 2017, le présent litige porte sur la question de savoir si l'autorité inférieure pouvait, à juste titre, imputer au recourant une capacité résiduelle de travail de 80% dans une activité adaptée aux atteintes oculaire, lombaire et psychique dont il souffre. En particulier, il convient d'examiner si depuis le rejet de la première demande de prestations AI prononcé le 11 septembre 2012, la capacité de gain de l'assuré a ou non subi une diminution notable ouvrant à ce dernier le droit à une rente d'invalidité.

8.1 En application de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (ATF 130 V 68 consid. 5.2.5). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 114 consid. 2b ; arrêt du TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). Lorsque – comme en l'occurrence – l'administration est entrée en matière au sens de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA relatif à la révision du droit à la rente

(ATF 130 V 71 consid. 3.2; arrêt du TF 9C_246/2013 du 20 septembre 2013 consid. 2.2), si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision rejetant la demande de prestations entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente, et les circonstances régnant à l'époque de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5, 130 V 71 consid. 3.2 et 125 V 368 consid. 2 et les références citées ; arrêts du TF 9C_589/2017 du 17 avril 2018 consid. 4, 9C_246/2013 du 20 septembre 2013 consid. 2.2).

8.1.1 Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 134 V 131 consid. 3, 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 117 V 198 consid. 4b ; arrêts du TF 9C_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2, 9C_226/2013 du 4 septembre 2013).

8.1.2 Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2, 1^{ère} phrase, RAI). L'augmentation de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée (art. 88^{bis} al. 1 let. a RAI). L'art. 88a al. 2 RAI – qui détermine les conditions de révision – primant sur l'art. 88^{bis} al. 1 RAI – qui détermine les effets temporels de la révision –, aucune augmentation de rente ne peut intervenir avant l'écoulement de la période de carence de trois mois, cela même si la révision a été demandée par l'assuré (M. VALTERIO, op. cit., art. 31 LAI, n^{os} 36-39).

8.2 Pour déterminer en l'espèce si le taux d'invalidité du recourant a subi une modification notable fondant l'octroi d'une rente correspondant à un

degré d'invalidité de 60% au moins comme demandé par le recourant, il convient de comparer les faits prévalant au moment de la décision litigieuse du 29 décembre 2017 (cf. consid. 10 *infra*) avec ceux pris en compte au moment de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente, à savoir la décision de l'OAIE du 11 septembre 2012 (cf. consid. 9 *infra*).

9.

Par décision du 11 septembre 2012, l'autorité inférieure a rejeté la première demande de prestations AI, considérant que malgré les atteintes oculaire – baisse de la vision de l'œil droit sur kératite herpétique disciforme et glaucome – ainsi que lombaire – discopathies lombaires dégénératives en L1-L2 et L4-L5, hernie discale avec empreinte sur le sac dural sans conflit radiculaire radiologiquement confirmé ni corrélation clinique, ni déficit radiculaire ni myélopathie, ni déficit significatif de mobilité ni état douloureux significatif –, l'exercice d'une activité lucrative de la part de l'assuré était toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente. A l'appui de ces considérations, l'autorité inférieure s'est fondée sur les pièces médicales suivantes:

- un rapport de radiologie lombaire du 21 octobre 2011 de la Dresse E. _____ (pce AI 92) qui observe :
 - en L1-L2, une diminution de hauteur et une hypo-intensité du signal en lien avec une discopathie ; une protrusion globale du disque vertébral dans l'espace subarachnoïdien antérieur, sans signe de hernie focale ni altération morphologique ni signe de résonance suggérant une myélopathie,
 - en L4-L5, une perte de hauteur et hypo-intensité du signal du disque vertébral compatibles avec une discopathie, une hernie discale médiane avec diminution du calibre du récessus inférieur des deux foramen conjonctifs, à prédominance gauche et compression du sac dural avec diamètre antéro-postérieur discrètement diminué (9mm) ; une hyper-intensité du plateau vertébral inférieur L4 et du plateau vertébral supérieur L5 avec de petits ostéophytes postérieurs évoquant une discopathie dégénérative Modic de type II,
 - en L5-S1, une hypo-intensité du signal compatible avec une discopathie, une petite hernie discale médiane et paramédiane gauche, susceptible d'entrer en contact avec la racine S1 dans la cavité latérale, hyper-intensité du signal focal dans le complexe annulaire postérieur suggérant une fissure annulaire ;
- un rapport E213 du 29 novembre 2011 complété le 23 avril 2012 de la Dresse D. _____ (dont la spécialisation n'est pas spécifiée) rappelant que l'assuré a présenté un herpès oculaire droit en 1991, une

tuberculose pulmonaire en 1993 et subi un traitement chirurgical pour un glaucome de l'œil droit en 1996 ; constatant : d'une part, en L1-L2 et L4-L5, une hernie discale avec empreinte sur le sac dural, ainsi qu'une petite hernie discale en L5-S1, interdisant l'exercice d'activités lucratives nécessitant de se baisser et de soulever des charges importantes mais autorisant celles favorisant l'alternance des positions assise et debout ; d'autre part, au niveau de l'œil droit, une kératite herpétique disciforme réduisant à 0,1 l'acuité visuelle avec correction et une hypotension en attente de trabéculéctomie, entraînant une incapacité totale de travail dans le métier de maçon, mais permettant l'exercice à 100% d'activités n'impliquant pas d'expositions à de hautes températures, à l'humidité, aux gaz, à la vapeur, à la poussière, ni de vision binoculaire (pces AI 3 et 13) ;

- un rapport final SMR (...) du Dr B. _____ (spécialiste en médecine interne générale) du 12 juin 2012 selon lequel la documentation médicale au dossier n'établit aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, les diagnostics de baisse de la vision de l'œil droit sur kératite herpétique disciforme et de discopathies lombaires dégénératives sans déficit sensitivomoteur n'entraînant aucune répercussion sur la capacité de travail ; l'acuité visuelle de 0,1 de l'œil droit n'atteint pas le seuil d'une cécité professionnelle, de sorte qu'elle n'entraîne aucune limitation fonctionnelle significative dans la dernière activité exercée d'ouvrier dans la construction où même une vision monoculaire est suffisante ; la constatation radiologique de discopathies dégénératives sans conflit radiculaire radiologiquement confirmé ni corrélation clinique (absence de déficit radiculaire ou myélopathie, absence de déficit significatif de mobilité, pas d'état douloureux significatif) n'entraîne pas non plus de limitation fonctionnelle significative et ne justifie pas d'incapacité de travail de longue durée dans l'activité habituelle ou dans toute autre activité pareillement adaptée (pce AI 18).

10.

A l'appui de la décision litigieuse du 29 décembre 2017, l'OAIE s'est fondé sur les prises de position du SM/OAIE et du SMR (...).

10.1 Ainsi, il ressort de celles du Dr H. _____ (spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réhabilitation) que le recourant présente 1) une perte de la vision de l'œil droit sur kératite herpétique et glaucome comme diagnostic principal, 2) une lombosciatalgie chronique gauche sur hernie discale lombaire L4-L5 médiane et L5-S1 paramédiane gauche, comme

diagnostic associé avec répercussion sur la capacité de travail et 3) des troubles de l'adaptation avec symptomatologie mixte anxieuse et dépressive réactionnelle comme diagnostic associé sans répercussion sur la capacité de travail. Reprenant à son compte les conclusions du rapport E213 du 1^{er} septembre 2016 de la Dresse G. _____ (pce AI 75), il retient que, sur le plan lombaire, l'activité d'ouvrier-maçon, trop physique, est inadap-tée, tandis que l'exercice d'une activité adaptée à l'état de santé est exi-gible à plein temps. Sur le plan oculaire, la situation au niveau de l'œil droit n'était déjà pas favorable à l'époque, puisque le patient était alors déjà obligé de se contenter d'une vision mono-oculaire, de sorte que même en cas d'aggravation médicale, il n'y avait pas de nouvelles limitations fonc-tionnelles. Sur le plan psychiatrique, le diagnostic de trouble de l'adaptation avec symptomatologie mixte anxieuse et dépressive n'avait pas de réper-cussion de longue durée sur la capacité d'exercer une activité adaptée à la pathologie lombaire (cf. prises de position des 7 octobre 2016, 20 janvier 2017, 18 août 2017 et 7 décembre 2017 [pces AI 85, 100, 116, 128]).

Sur le plan psychique, la Dresse I. _____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du SM/OAIE) explique que les troubles de l'adap-tation ne persistent guère au-delà de la durée de 6 mois sauf s'il s'agit d'une réaction dépressive prolongée (F43.21). Si les symptômes persistent au-delà de six mois, il convient de modifier le diagnostic pour celui correspon-dant au tableau clinique. Lorsqu'il existe un état dépressif léger survenu à la suite d'une exposition prolongée à une situation stressante (comme cela semble être le cas, stress occasionné à la longue par l'accumulation des traitements et des complications ulcéreuses récidivantes de l'herpès ocu-laire), le diagnostic devrait être modifié pour celui de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21), trouble ne persistant pas au-delà de 2 ans, sans quoi il doit encore être modifié. En l'occurrence, l'assuré a été pris en charge sur le plan psychiatrique depuis le 20 mai 2016 et les limitations fonctionnelles décrites par les psychiatres traitants correspondent au diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dé-pressive prolongée (F43.21 ; intensité légère, durée de moins de 2 ans). Ce diagnostic entraîne une incapacité de travail de 20 % pour toute activité sur le marché libre du travail. La symptomatologie psychique n'étant pas stabilisée, l'évaluation de la capacité respectivement de l'incapacité de tra-vail est susceptible d'évoluer dans le temps, de sorte qu'il conviendra d'en-visager la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique si la demande d'in-validité devait persister au-delà du 20 mai 2018, soit au-delà des deux ans à compter du début du traitement psychiatrique auprès des Drs K. _____ et L. _____ (cf. prise de position SM/OAIE du 14 juillet 2017 [pces AI 102 et 113]).

La Dresse J. _____ (spécialiste en médecine interne générale, médecine physique et réadaptation) précise enfin que l'atteinte lombaire entraîne une incapacité totale de travail dans l'activité de maçon dès le 30 novembre 2012, date correspondant à celle de la demande d'une nouvelle IRM – dont les résultats montrent une légère progression par rapport à celle d'octobre 2011 – réalisée dans la période qui a suivi les arrêts de travail. Dans une activité lucrative adaptée – à savoir dans des activités qui ne surchargent pas le segment lombaire, qui n'impliquent aucun risque pour l'intéressé lui-même ou pour autrui et qui nécessitent pas une vision binoculaire – la capacité de travail est conservée, soit totale dès cette même date, une limitation de rendement de 20% étant raisonnablement admissible compte tenu de l'atteinte ophtalmologique et psychiatrique (cf. prise de position du 1^{er} septembre 2017 [pce AI 118]).

10.2 Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne, mais sur des pièces médicales, et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales. Elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1, 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêts du TF 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.1 s., 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; M VALTERIO, op. cit., ad art. 57 LAI n°43). Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes du service médical de l'OAIE. En de telles circonstances, l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. La valeur probante de ces rapports présuppose également que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et statut actuel) et qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical non contesté établi de

manière concordante par les médecins (arrêts du TF 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015 consid. 5.2, 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2, 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2 ; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2 et les références citées). Une instruction complémentaire est requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports du service médical de l'OAIE (ATF 139 V 225 consid. 5. 2, 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêts du TF 9C_28/2015 du 8 juin 2015 consid. 3.3 et ss, 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.1 ; M. VALTERIO, op. cit., p. 774).

10.3 En l'occurrence, les autres pièces médicales figurant au dossier ne soulèvent pas de doute quant au bien-fondé des conclusions émises sur la base des prises de position du SMR (...) et du SM/OAIE susmentionnées (cf. consid. 10.1 supra).

10.3.1 Sur le *plan ophtalmologique*, l'ensemble de la documentation recueillie dans le cadre de la seconde demande AI – avis des médecins traitants inclus – confirme la perte de la vision de l'œil droit sur kératite herpétique et glaucome comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, ainsi que l'acuité visuelle de 0,1 à droite et de 1.0 à gauche (cf. rapport du 7 août 2014 de la Dresse M._____, médecin de famille [AI pce 22] ; rapport du 16 juin 2016 de la Dresse N._____] [pce AI 76] ; rapport du 22 juin 2016 du Dr O._____, ophtalmologue [pce AI 78] ; rapport E213 du 1^{er} septembre 2016 de la Dresse G._____] [pce AI 75]). Les répercussions sur la capacité de travail retenues par les médecins AI sont celles établies dans le rapport E213 du 1^{er} septembre 2016 de la Dresse G._____] (cf. pce AI 75), à savoir l'impossibilité d'exercer une activité nécessitant une vision binoculaire, et d'éviter de travailler de nuit ou dans des lieux soumis à des températures élevées, à l'humidité, impliquant une exposition à l'humidité, aux gaz, à la vapeur ou à la fumée, et recouvrent celles des considérations des médecins traitants, en particulier celles du Dr O._____] – qui indique que le patient présente une perte de la vision de l'œil droit et que son état de santé s'est aggravé, les diagnostics étant inchangés (cf. rapport d'examen ophtalmique du 29 juin 2016 [pce AI 74]) – ainsi que celles du Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale qui indique que les lésions herpétiques de l'œil droit ainsi que les épisodes de récurrence rendent la vie socioprofessionnelle normale difficile et, à tout le moins, empêchent le développement normal d'une activité professionnelle complète (cf. rapport du 19 décembre 2014 [pces AI 33, 55]). Par ailleurs, dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré ayant abouti à la décision du 11 septembre 2012 rejetant la première demande de prestations de l'assuré, des

répercussions identiques sur la capacité de travail – en particulier une vision monoculaire (pces AI 3, 13 et 18) – avaient déjà été prises en compte, de sorte que même à supposer qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé soit intervenue entretemps, ce qui n'est pas établi vu l'acuité visuelle de l'œil droit de 0,1 avec correction inchangée depuis 2012, celle-là ne saurait fonder de nouvelles limitations fonctionnelles avec répercussions sur la capacité de travail du recourant.

Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal considère que les prises de position du SM/OAIE et du SMR (...) selon lesquelles l'assuré présente, sur le plan ophtalmologique, une perte de vision de l'œil droit sur kératite herpétique et glaucome ne laissant subsister qu'une vision monoculaire et entraînant une incapacité totale de travail dans des activités lucratives nécessitant une bonne acuité visuelle stéréoscopique sont probantes et convaincantes.

10.3.2 Sur le *plan orthopédique*, les diagnostics retenus par les prises de position du SM/OAIE et du SMR (...) sont objectivées par le rapport de radiologie lombaire du 26 février 2013 établi par le Dr. Q. _____ (radiologue) faisant état :

- en L1-L2, L4-L5 et L5-S1 d'une perte dégénérative de la hauteur et du signal des disques,
- en L1-L2, d'un léger gonflement discal, sans signe d'atteinte radiculaire,
- en L4-L5, de modifications MODIC de type II, d'une protrusion discale postérieure avec une composante centrale herniaire, à base large, avec une légère migration crânienne entraînant une réduction modérée du diamètre antéropostérieur du sac dural ainsi qu'une sténose foraminale modérée à gauche et légère à droite et sténose partielle des récessus latéraux, prédominant à gauche,
- en L5-S1, d'une légère protrusion discale postérieure, avec une petite composante herniaire paramédiane gauche qui semble être en contact avec la racine S1 gauche à la sortie du sac dural, une légère sténose du foramen gauche, sans signe d'altération du canal médullaire (pce AI 91).

Ces considérations sont corroborées par le rapport E213 du 1^{er} septembre 2016 de la Dresse G. _____ qui retient une hernie discale L4-L5 gauche, nonobstant laquelle l'assuré peut effectuer un travail devant un écran d'ordinateur, sans l'aide d'une tierce personne sur son lieu de travail ou à domicile, étant par contre exclu les activités surchargeant le segment lombaire, nécessitant de fréquemment se baisser, soulever ou porter des

charges, de faire usage d'escaliers, de rampes ou d'échelles, impliquant un risque – notamment de chute – pour l'intéressé lui-même et pour autrui. Si l'exercice du métier de maçon n'est par conséquent plus exigible, celui d'une activité adaptée à l'état de santé au sens précité demeure possible à temps complet (pce AI 75).

Ces diagnostics sont également confirmés par les avis des médecins traitants. Le 7 août 2014, la Dresse M. _____ indique que l'assuré souffre de lombalgies chroniques depuis deux ans avec plusieurs crises qui répondent partiellement au traitement conservateur, le patient préférant éviter le traitement chirurgical des discopathies L1-L2, L4-L5, L5-S1 (pce AI 22). Le 16 juin 2016, la Dresse R. _____ indique que l'assuré souffre en L1-L2, L4-L5, L5-S1 d'une lombo-sciatalgie chronique et perte dégénérative de l'épaisseur discale et du signal, en L1-L2 d'une légère protrusion discale sans signe d'atteinte radiculaire, en L4-L5 de modifications de type Modic 2, d'une protrusion discale postérieure avec composante herniaire centrale à base ample et avec une légère migration crânienne entraînant une réduction modérée du diamètre antéro-postérieur du sac dural, d'une sténose foraminale modérée à gauche et légère à droite avec sténose partielle latérale prédominant à gauche, en L5-S1 d'une légère protrusion discale postérieure avec une petite composante herniaire para-centrale gauche semblant entrer en contact avec la racine S1 à gauche à l'extrémité du sac dural et légère sténose du foramen gauche (pce AI 76). Le 29 juillet 2016, le Dr S. _____ (traumatologue) retient également une hernie discale centrale gauche avec compression médullaire et radiculaire au niveau L4-L5, préconisant une discectomie en cas de souffrance radiculaire (pce AI 77).

Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal considère que les conclusions selon lesquelles l'assuré présente, sur le plan *orthopédique*, une lombosciatalgie chronique gauche sur hernie discale lombaire L4-L5 médiane et L5-S1 paramédiane à gauche entraînant depuis le 30 novembre 2012, une incapacité totale de travail dans l'activité d'ouvrier-maçon, l'exercice d'une activité lucrative adaptée à son état de santé – à savoir des activités qui ne surchargent pas le segment lombaire, qui n'impliquent aucun risque d'accident pour l'intéressé lui-même ou pour autrui et qui ne nécessitent pas une vision binoculaire – demeurant exigible à plein temps depuis le 30 novembre 2012, sont cohérentes et compatibles avec les avis médicaux établis par les praticiens espagnols.

10.3.3

10.3.3.1 Sur le *plan psychiatrique*, il ressort d'un rapport établi le 7 août 2014 par la Dresse M. _____ que l'assuré souffre alors de dysthymie et

de baisse de l'estime de soi possiblement en lien avec les limitations fonctionnelles et les douleurs chroniques (pce AI 22). Dans un rapport du 5 avril 2016, la Dresse T. _____ de l'Unité de santé mentale de U. _____ indique que l'assuré, suivi en consultation depuis le 27 mars 2015, présente une humeur dépressive, une irritabilité, de l'apathie, de l'anhédonie et des difficultés à supporter une pathologie somatique de longue durée, le traitement suivi se composant de *Sertraline* et *Lorazepam* (pce AI 79). Le 16 juin 2016, la Dresse R. _____ indique que l'assuré souffre d'un trouble anxieux et dépressif nécessitant un suivi par une unité de santé mentale (pce AI 76). Le rapport E213 du 1^{er} septembre 2016 de la Dresse G. _____ diagnostique un trouble de l'adaptation avec symptomatologie mixte anxieuse et dépressive en réaction à l'herpès oculaire avec kératite herpétique récidivante à l'œil droit et à une hernie discale L4-L5 gauche nécessitant un suivi médicamenteux (*Lyrice*, *Lorazepam* et *Sertraline* [pce AI 75]). Le 5 décembre 2016, V. _____ (spécialiste en psychologie clinique) indique que l'assuré est suivi en consultation psychologique depuis le 23 septembre 2016, sur recommandation du psychiatre de l'unité de santé mentale ; il présente un antécédent de deuil compliqué d'une dépression qui s'est résorbé sans traitement médicamenteux, ainsi qu'une symptomatologie anxio-dépressive de caractère modéré et réactive à la problématique somatique invalidante à caractère chronique de longue évolution, le diagnostic de trouble de l'adaptation mixte anxieux et dépressif de caractère modéré et réactif étant retenu ; l'assuré suit régulièrement une psychothérapie ciblée sur la gestion de l'état clinique anxieux (pce AI 91 p. 2). Le 10 avril 2017, la Dresse K. _____ (spécialiste auprès du service de Consultation de santé mentale de l'Hôpital universitaire W. _____ rappelle que l'assuré se trouve en traitement depuis le 20 mai 2016 auprès de son service pour un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive réactionnel à l'herpès oculaire ; lors de la dernière consultation de février 2017, l'instabilité des symptômes persistait, de sorte que le traitement psychopharmacologique avait été adapté (*Sertraline*, *Escitalopram*, *Lyrice* 150 mg, *Lyrice* 75 mg et *Lorazepam* [pce AI 108]). Le 16 juin 2017, le Dr L. _____ (psychiatre) indique que l'assuré, précédemment suivi par l'Unité de santé mentale de X. _____, se trouve en traitement depuis le 20 mai 2016 auprès de l'unité de santé mentale de l'hôpital universitaire W. _____ pour un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive réactionnel à l'herpès oculaire, rappelle le traitement psychopharmacologique prescrit et explique que l'assuré a débuté un traitement psychothérapeutique individuel et rejoint le groupe de relaxation de l'Unité de santé mentale. Sa conscience, son attention, sa mémoire, son orientation dans le temps et l'espace sont préservées, tout comme son

sommeil et ses rythmes biologiques. Il ne présente pas d'altération de la pensée ni de la perception. En revanche, il a été observé chez le patient une hypothyroïdie, une irritabilité et une labilité affective modérée. L'instabilité des symptômes persistant, le patient n'est pas à même d'exercer une activité sociale et professionnelle normale (pce AI 80 et 110).

10.3.3.2 En matière de troubles psychiques, la jurisprudence du Tribunal fédéral enseigne que le diagnostic doit être posé par un spécialiste en ce domaine et se fonder sur un système de classification scientifiquement reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1). Pour toutes les maladies mentales (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), en particulier les troubles somatoformes douloureux, les troubles résultant de maladies psychosomatiques qui sont assimilés à ces dernières (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3) ou les troubles dépressifs légers à modérés (ATF 143 V 409), la capacité de travail d'une personne souffrant de telles affections doit être évaluée sur la base d'une vision globale, dans le cadre d'une procédure structurée d'établissement des faits fondée sur des indicateurs qui déterminent, d'une part, les facteurs invalidants, et, d'autre part, les ressources de la personne (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6 et 4.1 ; voir, également, ATF 143 V 418 consid. 6). Pour des raisons de proportionnalité, il n'est pas nécessaire de recourir à une procédure probatoire structurée tenant compte des indicateurs susmentionnés, lorsque celle-ci n'est pas nécessaire ni même appropriée. Il en va en règle générale ainsi lorsque des constats médicaux concis ont été établis et que des spécialistes ont émis des appréciations concordantes sur le ou les diagnostics, ainsi que sur leurs répercussions fonctionnelles, aux termes de rapports médicaux et d'expertises ayant valeur probante (ATF 143 V 418 consid. 7.1). Une procédure probatoire structurée est également superflue lorsque des rapports médicaux ayant valeur probante et émis par des spécialistes dénie toute incapacité de travail aux termes d'une motivation convaincante et justifiée et que les éventuels avis contraires sont dépourvus de valeur probante à défaut d'être émis par des spécialistes disposant des qualifications requises ou pour d'autres motifs (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3). Cela étant, la nécessité de recourir à une procédure probatoire structurée s'évalue au cas par cas, compte tenu des circonstances spécifiques du cas d'espèce et des besoins respectifs d'une éventuelle instruction complémentaire (ATF 143 V 418 consid. 7.1). A titre d'exemple, il n'y a en principe pas besoin de réaliser un examen de preuve structuré dans les cas où il est établi selon la vraisemblance prépondérante que la personne assurée ne souffre que d'un trouble dépressif léger qui n'est pas encore chronique et que, de plus, elle ne présente pas de comorbidités (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêt du TF 9C_580/2017 du 16 janvier 2018 consid. 3.1). Il n'y a pas davantage eu lieu de procéder à un

examen normatif structuré dans une affaire où l'assuré avait notamment présenté une dysthymie ainsi qu'un trouble dépressif en rémission (arrêt du TF 8C_341/2018 du 13 août 2018).

10.3.3.3 En l'espèce, le diagnostic retenu de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) est posé de manière concordante par des spécialistes en psychiatrie (cf. rapports des 5 avril 2016 de la Dresse T. _____ de l'Unité de santé mentale du service de U. _____ [pce AI 79], 13 juin 2016 du Dr L. _____ [pce AI 80], 5 décembre 2016 de V. _____ [pce AI 91], 10 avril 2017 de la Dresse K. _____ [pce AI 108], 16 juin 2017 du Dr L. _____ [pce AI 110], prise de position du SM/OAIE du 14 juillet 2017 de la Dresse I. _____ [pce AI 113]). Aucune aggravation du diagnostic n'est constatée par les spécialistes. D'un point de vue médical, le trouble d'adaptation est par définition un phénomène temporaire (Dilling/Mombour/Schmidt [édit.], Classification internationale des troubles mentaux, CIM-10, chapitre V (F), 10^e éd. 2015, F43.2 p. 209). C'est pourquoi il n'est pas considéré comme une maladie de longue durée et donc potentiellement invalidante (arrêt du TF 9C_87/2017 du 16 mars 2017; 9C_210/2017 du 2 mai 2017 consid. 3.2 *in fine*, 6C_653/2014 du 6 mars 2015 consid. 3.2). En outre, aucun des spécialistes n'atteste d'incapacité corrélative de travail, sous réserve du Dr L. _____ pour qui le patient n'est pas à même d'exercer une activité sociale et professionnelle normale (cf. rapport du 16 juin 2017 pce AI 110]). Il convient d'apprécier avec une certaine réserve cet avis émis par le psychiatre traitant en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). En outre, cette conclusion n'apparaît médicalement pas fondée par les constatations du spécialiste qui indique que la conscience de l'assuré, son attention, sa mémoire, son orientation dans le temps et l'espace sont préservées, tout comme son sommeil et ses rythmes biologiques ; il ne présente pas d'altération de la pensée ni de la perception, seules une hypothyrie, une irritabilité et une labilité affective modérée ayant été observées.

10.3.3.4 Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal constate que des spécialistes en psychiatrie ont émis des appréciations concordantes sur le diagnostic posé ainsi que sur les répercussions fonctionnelles de celui-ci. C'est par conséquent à juste titre que le diagnostic de trouble de l'adaptation sans incidence sur la capacité de travail a été retenu, cela sans qu'une procédure d'établissement des faits normative et structurée ne soit ordonnée. Les considérations de la Dresse I. _____ selon lesquelles une expertise psychiatrique devrait être mise œuvre si la demande d'invalidité

persistait au-delà des deux ans suivant la prise en charge psychiatrique de l'assuré le 20 mai 2016 (cf. prise de position du 14 juillet 2017 [pce AI 113]) – alors que le patient semble faire l'objet d'une prise en charge psychiatrique depuis mars 2015 déjà, sans toutefois qu'un rapport médical de cette époque ne puisse corroborer ce point (cf. rapport du 5 avril 2016 de la Dresse T._____ de l'Unité de santé mentale de U._____ [pce AI 79]) – se révèlent ainsi sans incidence sur l'évaluation psychiatrique de la capacité corrélative de travail de l'assuré. L'incapacité de travail de 20% retenue par la Dresse I._____ ne saurait davantage être suivie (cf. prise de position du 14 juillet 2017 [pce AI 113]) du fait que le trouble de l'adaptation dont souffre l'assuré n'est pas une maladie de longue durée invalidante, de même que la limitation de rendement de 20% compte tenu de l'atteinte notamment psychiatrique retenue par la Dresse J._____ (cf. prise de position du 1^{er} septembre 2017 [pce AI 118]), cela d'autant moins qu'elle est émise par un médecin qui n'est pas spécialisé en psychiatrie.

10.4 Au demeurant, le Tribunal est d'avis que les limitations observées ci-dessus n'excluent pas la poursuite d'une activité (professionnelle) légère et adaptée, contrairement à ce que prétend le recourant (cf. TAF pce 1, pp. 4-6). Aux termes d'un arrêt du 18 janvier 2012 rendu dans la cause C-2552/2011, il a notamment souligné que la loi (cf. art. 7 al. 1 et 16 LPGa; consid. 5.1 et 10.2.4) tenait compte d'un marché du travail équilibré, correspondant à une notion théorique et abstraite, qui offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (arrêt du TF 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 et références). Il s'ensuit que pour l'évaluation de l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si une personne invalide peut être placée eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement si elle pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre. De plus, la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain n'est pas subordonnée à des exigences excessives (ATF 138 V 457 consid. 3.1; arrêts du TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3, 9C_830/2007 du 29 juillet 2008 consid. 5). En conséquence, le Tribunal fédéral a jugé qu'un marché équilibré du travail est sans conteste en mesure d'offrir la possibilité de poursuivre – comme en l'espèce certifié par le médecin de l'OAIE – des activités légères et exercées dans des positions alternées (TF 8C_606/2012 du 3 décembre 2012 consid. 3.5). Ceci est également vrai pour les activités adaptées au recourant telles que décrites par la Dresse G._____ (pce AI 75), soit celles qui excluent le travail de nuit, celles surchargeant le segment lombaire, nécessitant de fréquemment se

baisser, soulever ou porter des charges, de faire usage d'escaliers, de rampes ou d'échelles, impliquant un risque – notamment de chute – pour l'intéressé lui-même et pour autrui, nécessitant une vision binoculaire et impliquant une exposition à l'humidité, aux gaz, à la vapeur, à la fumée et aux températures élevées. Selon la jurisprudence, restent par ailleurs exigibles des activités ou des postes de travail qui requièrent une certaine obligeance de la part de l'employeur, le marché du travail équilibré comprenant aussi de telles places de travail, dites "de niche" (arrêts du TF 8C_772/2020 cité consid. 3.3 ; 8C_910/2015 du 19 mai 2016 consid. 4.2.1).

10.5 Sur le vu de ce qui précède, le Tribunal retient que les pièces et en particulier les prises de position du SM/OAIE et du SMR (...) permettent de statuer en connaissance de cause, sans qu'une expertise pluridisciplinaire n'ait à être requise. En effet, une approche interdisciplinaire n'est pas indiquée à chaque fois que des diagnostics émanant de plusieurs disciplines médicales sont posés, mais uniquement lorsque les différentes atteintes, chacune prise isolément et dans leur interaction les unes aux autres, sont susceptibles de se révéler invalidantes (arrêts du TF 9C_330/2018 du 5 février 2019 consid. 5.1.1, 9C_435/2009 du 14 août 2009 consid. 4.3). Les pièces au dossier établissent à satisfaction de droit que le recourant présente une incapacité totale de travail dans une activité nécessitant une vision binoculaire, impliquant une exposition à l'humidité, aux gaz, à la vapeur, à la fumée, aux températures élevées, dans toute activité de la construction exigeant une bonne vision stéréoscopique, dans le travail de nuit, dans les activités surchargeant le segment lombaire, nécessitant de fréquemment se baisser, soulever ou porter des charges, de faire usage d'escaliers, de rampes ou d'échelles, impliquant un risque – notamment de chute – pour l'intéressé lui-même et pour autrui. Si l'exercice de l'activité habituelle de maçon n'est par conséquent plus exigible depuis le 30 novembre 2012, celui d'une activité lucrative respectueuse des limitations fonctionnelles susmentionnées – et non de 80% comme retenu par l'OAIE sur la base de l'appréciation erronée de l'atteinte psychique – demeure exigible à temps complet à compter de la même date. Contrairement à l'avis du recourant, les avis des médecins espagnols ont été pris en compte, de même que l'impact de ses troubles oculaire, lombaire et psychique sur sa capacité de travail, une incapacité totale de travail dans son ancienne activité de maçon ainsi qu'une capacité résiduelle de travail dans une activité lucrative adaptée à ces troubles ayant été retenues.

11.

Il reste à examiner calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAIE.

11.1 Pour ce faire, l'autorité inférieure a appliqué la méthode générale de comparaison des gains. Ce procédé n'est ni contesté ni contestable, dès lors qu'avant les atteintes à la santé litigieuses, il travaillait à plein temps en qualité de maçon pour le compte d'une société de construction sise dans la région de (...). Il y bénéficiait depuis le 22 août 2012 d'un contrat de travail à temps plein – 8 heures de travail par jour, 40 heures par semaine – et percevait un salaire mensuel brut de 1'390,70 euros. Les relations contractuelles se sont achevées le 30 novembre 2012 (pce AI 39, pp. 6 et 7).

11.2 Selon la méthode de comparaison des revenus, le revenu que le recourant aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) 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 (revenu d'invalide [art. 16 LPGA applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI ; cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1]). La différence entre ces deux revenus détermine alors le degré d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4.2 ; arrêt du TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

11.3 Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance (hypothétique) du droit à la rente. Les revenus à comparer doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 132 V 393 consid. 2.1, 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 ; arrêt du TF 8C_84/2018 du 1^{er} février 2019 consid. 6.2). De plus, l'autorité doit se fonder sur les données les plus récentes disponibles au moment de la décision (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du TF 9C_699/2015 du 6 juillet 2016 consid. 5.2).

11.3.1 Les revenus à comparer doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, autant que faire se peut, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré avant et après la survenance de ses problèmes de santé (s'agissant du salaire sans invalidité : ATF 139 V 28 consid. 3.3.2, 134 V 322 consid. 4.1; arrêt du TF 9C_708/2017 du 23 février 2018 consid. 8.1). Cependant, lorsqu'il s'agit d'évaluer le degré d'invalidité d'une personne assurée résidant à l'étranger, la comparaison des revenus déterminants pour ce faire doit

s'effectuer sur le même marché du travail, car la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie d'un pays à l'autre ne permet pas de procéder à une comparaison objective des revenus en question (ATF 137 V 20 consid. 5.2.3.2, 110 V 273 consid. 4b ; arrêt du TF 8C_300/2015 du 10 novembre 2015 consid. 7.1). Enfin, le degré d'invalidité en vue de l'octroi éventuel d'une rente est ainsi donné par la différence entre un rapport de 100 % et celui, exprimé également en pour cent, qui existe entre le revenu d'invalidé (RI) et le revenu des personnes en bonne santé (RS). Il s'obtient en utilisant la formule suivante : $[(RS-RI) \times 100]/RS = x \%$ (ch. 3076 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI]).

11.3.2 Le *revenu sans invalidité* doit être évalué de la manière la plus concrète possible, conformément au principe général rappelé précédemment (cf. consid. 11.3.1 *supra*), et se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution nominale des salaires. Au regard des capacités professionnelles de la personne assurée et des circonstances personnelles la concernant, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption qu'elle aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Des exceptions ne sauraient être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V précité, *ibid.*, 134 V précité, *ibid.* ; arrêt du TF 9C_708/2017 précité, *ibid.*).

11.3.3 Le *revenu d'invalidé* doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si la personne assurée n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué, notamment, sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique (OFS [ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les références citées, 129 V 472 consid. 4.2.1, 126 V 75 consid. 3b/aa]). Il y a lieu de se référer en principe toujours aux données de l'ESS les plus récentes (ATF 143 V 295 consid. 2.3). Il s'agit de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans le tableau TA1 de l'ESS, relatif au secteur privé, ligne « *Total secteur privé* » (ATF 142 V 178 consid. 2.5, 129 V 472 consid. 4.2.1, 126 V 75 consid. 3b/aa). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans le cas concret, afin de permettre à la personne assurée de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu de se référer aux salaires mensuels de secteurs

particuliers, voire de branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque, avant l'atteinte à la santé, la personne assurée a travaillé dans un même domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre quasiment plus en ligne de compte (arrêt du TF 8C_471/2017 du 16 avril 2018 consid. 4.2). Par ailleurs, il n'y a pas d'obligation de recourir systématiquement au tableau TA1 (arrêt du TF 9C_841/2013 du 7 mars 2014 consid. 4.2) ; cela étant, lorsqu'il convient de faire usage de l'ESS 2012 ou d'une enquête plus récente, il y a alors lieu de se référer – jusqu'à nouvel ordre – au tableau TA1 uniquement (ATF 142 V 178 consid. 2.5.7). En outre, il sied d'adapter ces salaires à l'évolution nominale des salaires, en se fondant sur l'indice des salaires nominaux spécifique aux hommes et aux femmes et par branche (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2).

S'agissant du salaire d'invalidé, l'administration doit de plus tenir compte d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières (années de service, nationalité / catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une réduction sur le revenu d'invalidé ne peut être appliquée que s'il est prouvé dans le cas concret que l'assuré ne peut exploiter sa capacité de travail exigible sur un marché du travail équilibré que de manière inférieure à la moyenne, en raison de l'un ou l'autres des critères (ou de plusieurs critères) (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; arrêt du TF 8C_82/2019 du 19 septembre 2019 consid. 6.2.2 et la référence citée). La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 135 V 297 consid. 5.2, 134 V 322 consid. 5.2, 126 V 75 consid. 5b/bb). Il convient de rappeler que les limitations fonctionnelles déjà incluses dans l'examen de la capacité de travail résiduelle ne doivent pas avoir d'influence supplémentaire sur l'examen de l'abattement, afin d'éviter une double prise en compte du même aspect : le simple fait que ne sont exigibles pour l'assuré que des activités légères à moyennement complexes ne justifie pas une réduction supplémentaire, même dans le cas d'une capacité de travail partielle (arrêts du TF 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.1 et 3.4.2 et 9C_846/2014 du 22 janvier 2015 consid. 4.1.1 et les références citées). Le niveau de compétences 1 de l'ESS comprend déjà toute une série d'activités légères, qui tiennent compte de nombreuses limitations. En d'autres termes, seules des circonstances qui, dans un marché équilibré du travail, doivent être considérées comme exceptionnelles peuvent être prises en compte au titre de limitations fonctionnelles (arrêts du TF 8C_9/2020 du 10 juin 2020 consid. 4.4, 8C_495/2019 du 11 décembre 2019 consid. 4.2.2 avec la référence citée, 8C_82/2019 du 19 septembre 2019 consid. 6.3.2).

La hauteur de la réduction dépend de chaque cas d'espèce – une réduction automatique n'est pas admissible (arrêts du TF 9C_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 7.2, 9C_187/2011 du 30 mai 2011 consid. 4.2.1) – et relève en premier lieu de l'office AI qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le pouvoir d'examen de l'abatement de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (« *Angemessenkontrolle* »). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle adoptée par l'autorité dans l'exercice de son pouvoir d'appréciation et dans le respect des principes généraux du droit n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut pas, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2). L'étendue de l'abatement – indiquée spécifiquement dans chaque cas concret – ne peut être corrigée en dernier ressort que si la juridiction inférieure a commis un excès positif (« *Ermessensüberschreitung* ») ou négatif (« *Ermessensunterschreitung* ») de son pouvoir d'appréciation ou encore a abusé de ce pouvoir (« *Ermessensmissbrauch* »), en se laissant guider par des critères étrangers à l'esprit de la loi ou en ignorant des principes généraux reconnus tels que l'interdiction de l'arbitraire, le principe de la bonne foi ou la proportionnalité (cf. ATF 146 V 16 consid. 4.2 et les références citées ; ATF 137 V 71 consid. 5.1).

11.4 En l'espèce, le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité le 5 septembre 2014 alors que son incapacité de travail remonte au 18 novembre 2012, de sorte que, le cas échéant, l'augmentation respectivement l'octroi d'une rente prendra effet au plus tôt au mois de mars 2015 (cf. consid. 8.1.2 *supra*), correspondant par conséquent au moment déterminant pour procéder à la comparaison des gains (cf. consid. 11.3 *supra*). En effet, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI [arrêt du TF 9C_110/2014 du 13 juin 2014 consid. 4.3 et les références citées]). Pour procéder à la comparaison des revenus, l'OAIE, dans le cadre de sa décision litigieuse du 29 décembre 2017, s'est ainsi basée de manière erronée sur l'ESS 2012 et n'a par conséquent pas respecté la pratique du Tribunal fédéral exigeant que l'autorité se réfère aux données les plus récentes (ATF 143 V 295 consid. 2.3). En effet, l'ESS 2012 n'est pas la dernière enquête publiée au jour de la décision querellée. L'ESS 2014,

publiée le 15 avril 2016 (cf. arrêt du Tribunal administratif fédéral C-726/2019 du 13 avril 2021 consid. 14.2) contenait les données les plus récentes pour traiter le cas d'espèce. Le Tribunal de céans procédera par conséquent au calcul en se basant sur l'ESS 2014.

11.4.1 Pour déterminer le revenu sans invalidité, il est retenu une activité d'ouvrier dans la construction, l'assuré, sans formation qualifiante, ayant toutefois fait l'intégralité de sa carrière dans ce domaine en Suisse et en Espagne. Avant la survenance de l'invalidité, il travaillait d'ailleurs en qualité de maçon (cf. let. A *supra*). En se référant aux données de l'Office fédéral de la statistique, en l'occurrence l'ESS 2014, le Tribunal retient le salaire statistique « *homme* » selon la table TA1 (« *TA1 skill level* ») relatif au secteur privé (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1) dans le domaine de la construction (branches 41-43), au niveau de compétence 1 qui correspond à des tâches physiques et manuelles simples (sur les niveaux de compétence, cf. arrêt du TF 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1). Aussi, le salaire sans invalidité s'élève à 5'507 francs pour 40 heures de travail hebdomadaire, chiffre porté à 5'758.25 francs pour 41,7 heures de travail hebdomadaire selon le temps de travail usuel, part au 13^{ème} salaire comprise, et indexé à l'année 2015 (selon une variation de +0.3% des salaires nominaux des hommes entre 2014 et 2015 [le calcul est le suivant : $\{5'507 \times 41.7 / 40\} + \{5'507 \times 41.7 / 40 \times 0.003\}$]), moment déterminant dans le cas particulier pour le calcul (cf. *supra* consid. 11.4).

11.4.2 Le revenu d'invalidité est *in casu* déterminé en prenant comme référence le salaire figurant dans le tableau TA1 (« *TA1 skill level* ») relatif au secteur privé (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1) de l'ESS 2014 (niveau de compétence 1, hommes, tous secteurs), à moins que l'OAIE n'estime qu'une évaluation plus ciblée ne se justifie, ce qui est le cas en l'espèce, l'autorité ayant retenu uniquement les activités du secteur des services (45-96), compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant qui le contraignent à des activités légères et adaptées. La Cour fait sienne cette appréciation qui est à l'avantage du recourant et retient les mêmes activités pour son salaire d'invalidité. C'est le lieu de rappeler que le niveau de compétence 1 de l'ESS 2014 s'applique à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail dans des travaux légers ; pour ces assurés, le salaire statistique retenu est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique ni de formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (arrêt du TF 8C_175/2020 du 22 septembre 2020

consid. 4.2). Le salaire d'invalidé avant abattement s'élève ainsi à 4'971 francs pour 40 heures de travail hebdomadaire, à 5'197.80 francs pour 41.7 heures de travail après indexation aux salaires 2015 (selon une variation de +0.3% des salaires nominaux des hommes entre 2014 et 2015 [le calcul est le suivant : $\{4'971 \times 41.7 / 40\} + \{4'971 \times 41.7 / 40 \times 0.003\}$]). L'autorité inférieure a tenu compte d'un abattement du salaire d'invalidé de 5% considéré comme approprié au vu de l'âge de l'assuré, du manque de formation certifiée et des limitations fonctionnelles, les effets contraignants de l'atteinte à la santé ayant déjà été pris en compte lors de l'appréciation de la capacité résiduelle de travail. Le Tribunal ne voit pas de motif de mettre en cause cet abattement, qui n'est du reste pas contesté. Au final, le salaire d'invalidé s'élève par conséquent à 4'937.90 francs, part au 13^{ème} salaire comprise.

11.5 Au regard de tout ce qui précède, le taux d'invalidité du recourant s'élève à 14,25% (le calcul est le suivant : $[(CHF\ 5'758.25 - CHF\ 4'937.90) \times 100] / CHF\ 5'758.25$), arrondi à 14%, insuffisant pour ouvrir à l'assuré le droit à une rente d'invalidité suisse. On rappellera que 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 et que les autorités suisses ne sont pas liées par les constatations des autorités et médecins étrangers (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4), 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 dans le cadre de la libre appréciation des preuves (cf. consid. 6.5 *supra*).

12.

Au regard de ce qui précède, le recours se révèle mal fondé.

12.1 Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à 800 francs, sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA). Ils sont compensés par l'avance de frais, d'un même montant, dont il s'était acquitté le 27 avril 2018 (pce TAF 4).

12.2 Dans la mesure où le recourant succombe, il n'y a pas lieu de lui allouer une indemnité à titre de dépens (art. 7 al. 1 *a contrario* du règlement du 21 février 2009 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF ; RS 173.320.2]). L'autorité inférieure n'a quant à elle pas droit à des dépens (art. 7 al. 3 FITAF).

(Le dispositif est porté 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 800 francs, sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés par l'avance de frais, d'un même montant, versée en cause le 27 avril 2018.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé au recourant, à l'autorité inférieure et à l'OFAS.

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Caroline Gehring

Frédéric Lazeyras

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, Suisse, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF). Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :