



Cour III
C-7296/2007
{T 0/2}

Arrêt du 25 mai 2009

Composition

Vito Valenti (président du collège), Madeleine Hirsig et
Michael Peterli, 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 26 septembre 2007).

Faits :**A.**

Le ressortissant espagnol A._____ a exercé de 1986 à 1991 le métier de maçon en Suisse (pces 7; 16 p. 2; 17). De retour en Espagne, il a travaillé dans une cristallerie du 22 septembre 1997 au 17 juin 2004, date à laquelle il a été mis en congé maladie (pce 9). Il a dès lors cessé d'exercer toute activité lucrative (pce 16 p. 2). En date du 1^{er} décembre 2005, il a présenté une demande de prestation de l'assurance-invalidité auprès de l'Instituto Nacional de seguridad Social (INSS; pce 1), laquelle a transmis la requête à l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE).

B.

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

- un rapport médical du 7 mai 2001, selon lequel l'assuré a été hospitalisé à l'hôpital B._____ et faisant part d'une hépatopathie d'origine éthylique (non confirmée par biopsie) avec probablement présence d'une stéatose et d'une hépatite, d'une hyperlipémie d'origine probablement nutritionnelle, d'éthylisme et de tabagisme chronique, d'une hernie hiatale, d'une oesophagite superficielle, d'une gastrite antrale et d'une duodénite chronique (pce 11),
- une étude sur les potentiels évoqués du 30 juin 2004 faisant part de l'absence de signes d'altération de la conduction somato-sensoriel des membres supérieurs et inférieurs gauches et de la diminution de conduction somato-sensoriel dans le membre inférieur droit (pce 12),
- un rapport médical du 2 août 2004 établi au centre hospitalier C._____, selon lequel des examens portant sur la colonne lombo-sacrée ont été effectués sur l'assuré (pce 13),
- un rapport manuscrit du 30 décembre 2004, établi au centre hospitalier C._____, indiquant que l'assuré a subi une intervention pour scoliose en 1981 et qu'il présente des signes de lombalgies et de douleurs intenses régulières; il est précisé qu'une étude est en cours pour déterminer si une intervention

chirurgicale doit avoir lieu sur la colonne vertébrale de l'intéressé et que, vu cette situation, tout effort physique est déconseillé (pce 14),

- un rapport manuscrit du 19 novembre 2005 établi au centre hospitalier C._____ selon lequel l'assuré présente une déviation lombaire très intense et que, au vu de cette affection, il n'est pas à même d'exercer son travail (pce 15),
- un rapport E 213 du 30 janvier 2006 signé par le Dr D._____ faisant part d'une intervention chirurgicale en 1981 pour scoliose avec ostéosynthèse, de déficits importants au niveau dorso-lombaire, d'hépatopathie d'origine éthylique diagnostiquée en mai 2001 sans biopsie (pce 16 p. 8); selon ce rapport l'intéressé ne peut plus accomplir la profession exercée jusqu'alors si celle-ci nécessite le port de poids ou des flexion-extensions de la colonne vertébrale fréquents; par contre une activité adaptée peut être exigée de sa part à plein temps (pce 16 p. 8-10),
- le questionnaire pour l'assuré daté du 27 juin 2006 (pce 10),
- le questionnaire pour l'employeur daté du 29 juin 2006, indiquant que l'assuré a travaillé à temps complet comme employé dans la cristallerie E._____ du 22 septembre 1997 au 16 décembre 2005 et qu'il a été mis en congé maladie du 17 juin 2004 au 16 décembre 2005; il est notamment précisé que l'intéressé exerçait une tâche moyennement lourde consistant en la coupe, le polissage et la pose de cristaux (pce 9).

C.

L'OAIE soumet le dossier à la Dresse F._____, oncologue et hématologue de son service médical, qui retient, dans son rapport daté du 21 novembre 2006 (pce 18), que l'assuré souffre d'une part d'une scoliose opérée en 1981, d'autre part d'une hépatopathie alcoolique. Elle précise que l'évolution de la scoliose semble avoir été favorable puisque l'intéressé a pu effectuer différentes activités professionnelles sans limitation jusqu'au 16 juin 2004. Concernant l'hépatopathie, elle constate qu'aucune indication valable ultérieure à mai 2001 n'a été versée au dossier. Elle conseille par conséquent de compléter les actes de la cause avec de la documentation médicale supplémentaire, à savoir un rapport médical sur l'état de santé actuel,

des données détaillées concernant la consommation de tabac et d'alcool, des indications précises quant à la thérapie et la médication actuelle, les protocoles d'éventuelles hospitalisations, un rapport gastro-entérologique, une échographie abdominale et divers examens sanguins (pce 18 p. 2).

D.

Suivant cet avis, l'autorité inférieure demande à l'INSS de lui fournir la documentation susmentionnée (pce 20). Elle reçoit la documentation suivante:

- un rapport médical du 11 janvier 2007 signé par le Dr G._____ (pce 23) reprenant notamment tel quel le contenu des rapports manuscrits mentionnés ci-dessus du 30 décembre 2004 et du 19 novembre 2005 (pces 14 et 15; cf. supra B),
- des examens hémato-chimiques du 26 janvier 2007 (pce 24),
- une électrophorèse du 30 janvier 2007 (pce 25),
- une échographie abdominale-urologique du 8 février 2007 avec un rapport médical y relatif faisant notamment part d'une hépatomégalie modérée (pces 26-27),
- un rapport du 22 février 2007 établi par le Dr I._____, spécialiste en gastrologie faisant notamment part d'une habitude éthylique chronique; selon ce rapport, il serait opportun de réaliser une gastroscopie et des examens sanguins supplémentaires (pce 28),
- un rapport E 213 du 2 avril 2007 signé par le Dr J._____ faisant part d'une intervention chirurgicale pour scoliose en 1981, de séquelles postchirurgicales dorso-lombaires récurrentes, d'une habitude éthylique chronique, de macrocytose, d'hépatopathie chronique d'origine probablement éthylique sans confirmation d'un changement métabolique (pce 29 p. 8); selon ce rapport, l'assuré peut exercer de façon régulière une activité mi-lourde; il doit toutefois éviter les travaux requérant des flexions répétées, le port et le levage de charges, l'emploi d'escaliers ou d'échelles; il convient également de proscrire toute tâche faisant courir à l'intéressé un risque de chute; le Dr J._____ ne répond toutefois pas

aux questions 11.4-11.6 du formulaire demandant si l'intéressé est à même d'accomplir l'activité lucrative exercée jusqu'alors à plein temps et si un travail adapté est exigible de sa part à 100%; aux questions 11.7-11.10, il précise toutefois que la sécurité sociale espagnole a reconnu à l'assuré une invalidité permanente totale (pce 29 p. 8-10).

E.

L'OAIE transmet le dossier à la Dresse F._____ pour nouvelle prise de position (pce 22). Dans rapport du 10 juillet 2007 (pce 30), elle retient (1) un diagnostic principal de dorso-lombalgies récidivantes sur séquelles de scoliose opérée en 1981 et (2) un diagnostic associé sans répercussion sur la capacité de travail d'hépatopathie d'origine alcoolique (composante d'hémochromatose non exclue). Tenant en compte l'exemption des tâches lourdes, elle conclut à une incapacité de travail de l'intéressé d'au plus 30% dans son activité exercée jusqu'alors à partir du 17 juin 2004.

F.

Par projet de décision du 18 juillet 2007 (pce 31), l'OAIE informe l'intéressé que, selon lui, il ne présente pas une incapacité permanente de gain, ni une incapacité de travail moyenne suffisante, pendant une année, pour faire naître un droit à une rente. Il s'ensuit qu'il n'y a pas d'invalidité au sens de la législation suisse en matière d'assurance-invalidité, de sorte que la demande de l'assuré doit être rejetée.

G.

Par acte daté du 7 août 2007 (pce 32), l'assuré fait part de son désaccord quant au projet de rejet et revendique un droit à recevoir les décisions de l'autorité inférieure dans sa langue par l'intermédiaire de l'Office de liaison espagnol. Faisant part de ses affections, il souligne qu'il a été mis au bénéfice d'une incapacité de travail en Espagne, que son état de santé ne s'est pas amélioré depuis lors et que, vu les maux dont il souffre et son manque de connaissances professionnels, il ne peut exercer une autre activité ou fonction autant chez son ancien employeur que dans tout autre entreprise. Il fait ainsi valoir un droit à recevoir des prestations de l'assurance-invalidité en Suisse sur la base d'un taux d'invalidité d'au moins 50%.

H.

Par décision du 26 septembre 2007 (pce 34), l'OAIE rejette la demande de prestation de l'assuré.

I.

Par acte du 26 octobre 2007 (pce TAF 1), l'intéressé interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée. Reprenant les conclusions faites dans son acte du 7 août 2007, il conclut à un droit de recevoir des prestations de l'assurance-invalidité sur la base d'un taux d'invalidité de 70% et, subsidiairement, sur la base d'un taux d'invalidité inférieur ouvrant le droit à une rente.

J.**J.a**

Invitée à se déterminer par le Tribunal de céans, l'autorité inférieure, dans sa réponse au recours du 18 décembre 2007 (pce TAF 3), 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 souligne que, selon son service médical, le recourant présente une incapacité de travail de 30% dans sa profession exercée jusqu'alors, car ce dernier doit éviter les tâches lourdes en raison de son état de santé. Elle conclut que les conditions pour ouvrir un droit à une rente d'invalidité selon la législation sociale suisse ne sont pas réalisées en l'espèce et propose le rejet du recours.

J.b Par réplique du 17 janvier 2008, le recourant réitère ses conclusions (pce TAF 5).

K.

Par décision incidente du 30 janvier 2008, notifiée le 1er février 2008 (pces TAF 6 et 7), le Tribunal de céans invite le recourant à verser, dans un délai de 30 jours dès réception de ladite décision, une avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 300.- dont le montant est versé le 29 février 2008 (pces TAF 8 et 9 p. 2).

L.

Par courrier du 27 novembre 2008, le recourant demande des informations au Tribunal de céans quant à l'état de la procédure (pce TAF 10). Dans sa lettre du 16 décembre 2008, le Tribunal administratif

fédéral répond qu'il s'efforcera de rendre un arrêt avant juin 2009 (pce TAF 11).

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).

2.4 Il sied encore de préciser que, selon une jurisprudence constante du Tribunal fédéral, ni l'art. 6 CEDH, ni la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu ne confèrent au justiciable le droit d'obtenir la traduction dans sa propre langue des pièces du dossier dans une langue qu'il ne maîtrise pas ou de manière seulement imparfaite. Aussi appartient-il en principe au justiciable de se faire traduire les actes officiels du dossier (ATF 131 V 35 consid. 3.3 avec références).

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 1^{er} décembre 2005 (pce TAF 1). 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 1^{er} décembre 2004 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 26 septembre 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, 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 7) 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 LPG, 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 a 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 LPG et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 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.

7.1 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).

7.2 En vertu des art. 12 et 13 PA et de l'art. 19 PA en relation avec l'art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 (PCF, RS 273), le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C 162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et références citées).

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 2 avril 2007 que l'assuré souffre de lombalgies récurrentes après intervention chirurgicale pour scoliose en 1981, qu'il présente un alcoolisme

chronique et une hépatopathie récurrente d'origine probablement éthylique. Il s'agit d'un status labile (pce 29 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 gain de l'assuré.

9.2.1 L'autorité inférieure, se basant sur la prise de position du 10 juillet 2007 de la Dresse F._____ (pce 30), retient une incapacité de travail du recourant de 30% dans sa dernière activité d'ouvrier dans une usine de cristaux en tenant compte de l'exemption de tâches lourdes (pce TAF 3 p. 2). Le recourant fait pour sa part valoir que, vu son manque de formation professionnelle et les affections dont il souffre, il ne peut plus exercer une activité professionnelle quelconque.

9.2.2 Le Tribunal de céans constate que l'appréciation de la Dresse F._____ s'accorde avec les deux formulaires E 213 versés au dossier. En effet, le Dr D._____, dans le rapport E 213 du 30 janvier 2006, répond à la question 11.4, demandant si l'assuré est à même d'accomplir la profession exercée jusqu'alors, que celle-ci n'est pas exigible si elle requiert le port de poids ou des flexion-extensions de la colonne vertébrale fréquents. Par ailleurs, il précise qu'une activité de substitution peut être exercée à plein temps par l'intéressé (pce 16 p. 8-10). Pour sa part, le Dr J._____, dans le deuxième rapport E 213 du 2 avril 2007, ne répond certes pas aux questions 11.4-11.6 du formulaire demandant si l'intéressé est à même d'accomplir l'activité lucrative exercée jusqu'alors à plein temps et si un travail adapté est exigible de sa part à 100%. Il indique toutefois que le recourant peut exercer de façon régulière une activité mi-lourde moyennant un certain nombre de restrictions (pas de travaux requérant des flexions répétées, le port et le levage de charge, l'emploi d'escaliers ou d'échelles). A cela s'ajoute que, selon le formulaire pour l'employeur daté du 29 juin 2006, le recourant exerçait une activité moyennement lourde consistant en la coupe, le polissage et la pose de cristaux (pce 9 p. 1). Au vu de ces éléments, l'appréciation du médecin de l'OAIE, selon laquelle le recourant présenterait une incapacité de gain de 30% dans son ancienne

profession s'inscrit dans le cadre des rapports E 213 du 30 janvier 2006 et du 2 avril 2007 et ne saurait ainsi être remise en question sans motifs suffisants.

9.2.3

9.2.3.1 Certes, le Tribunal de céans constate que le dossier contient de la documentation médicale divergente. Le rapport du 30 décembre 2004 retient ainsi que l'assuré présente des signes de lombalgies et de douleurs intenses régulières. Il est précisé qu'une étude est en cours pour déterminer si une intervention chirurgicale doit avoir lieu sur la colonne vertébrale de l'intéressé et que, vu cette situation, tout effort physique est déconseillé (pce 14). Un rapport du 19 novembre 2005 retient pour sa part succinctement que l'assuré présente une déviation lombaire très intense et que, au vu de cette affection, il n'est plus à même d'exercer son travail (pce 15). Les appréciations de ces deux certificats médicaux sont ensuite répétées telles quelles par la Dresse G._____, dans son rapport du 11 janvier 2007 (pce 23).

9.2.3.2 On note toutefois que ces documents sont d'une part très succincts. D'autre part, il sied de relever que les rapports E 213 susmentionnés ont été établis postérieurement aux rapport du 30 décembre 2004 et du 19 novembre 2005 (pces 14 et 15). Les médecins de l'INSS concluent cependant que le recourant peut exercer une activité lucrative (cf. le formulaire E 213 du 30 janvier 2006 retenant que l'intéressé peut accomplir sa profession exercée jusqu'alors si elle ne requiert pas le port de poids et des flexions-extensions répétés [pce 16 p. 10] et le formulaire E 213 du 2 avril 2007, selon lequel l'assuré peut exercer une activité mi-lourde de façon régulière [pce 29 p. 8]). Dans ces conditions, le Tribunal de céans peut conclure que les rapports susmentionnés du 30 décembre 2004, du 19 novembre 2005 et du 11 janvier 2007 ne sont pas de nature à semer un doute suffisant quant à la capacité de gain du recourant telle que déterminée par la Dresse F._____. Cette appréciation est d'autant plus convainquante qu'aucun signe d'atteinte radiculaire n'a été décelée chez l'intéressé (cf. rapport E 213 du 30 janvier 2006 [pce 16 p. 5] et rapport E 213 du 2 avril 2007 [pce 29 p. 5]).

9.2.4 En ce qui concerne l'alcoolisme observé chez l'assuré, il est le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, cette dépendance ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En

revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265, consid. 3c; 112 V 165; 99 V 28, consid. 2). En l'espèce, il est fait part d'une hépatopathie d'origine probablement étylique (pce 29 p. 8). La Dresse F._____, dans son rapport du 10 juillet 2007, retient l'absence de « cirrhose avérée à l'échographie (examen de choix) [... et] d'autre[s] complication[s] de type polyneuropathie ou psychopathologie objectivée[s]. » Elle conclut sur cette base que l'hépatopathie dont souffre l'intéressé reste sans répercussion sur sa capacité de travail (pce 30 p. 1). En l'état du dossier, le Tribunal de céans ne voit pas de raisons de s'écarter de cette appréciation.

9.2.5 Il sied finalement de souligner que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 115 V 53 et ATF 114 V 285 consid. 3). Dans ce contexte, la législation suisse des assurances sociales part du principe que des critères tels que l'âge, la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent pas des circonstances relevantes pour l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3).

9.3 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.

10.

Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 300.-, 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 du même montant. 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. 300.-, sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée de Fr. 300.-.

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 :

Pour autant que les conditions au sens des art. 44 ss, 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. 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 :