

BVGer C-2507/2016 vom 3. April 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-04-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2507_2016

FR: TAF C-2507/2016 du 3 avril 2019

IT: TAF C-2507/2016 del 3 aprile 2019

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 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 prises par l'OAIE.

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. dbis 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. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA, en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

E. 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.

E. 1.4

L'avance de frais ayant été payée (art. 63 al. 4 PA, 69 al. 2 LAI) et le recours déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), celui-ci est recevable.

E. 2

Le litige a pour objet une demande de prestations d'invalidité formée par un ressortissant français résidant en France en même temps qu'il travaillait en Suisse. En particulier, il porte sur un droit à la rente à partir du 1er juillet 2015. La rente allouée du 1er novembre 2013 au 30 juin 2015 de même que le refus de mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas contestés.

E. 3.1

La cause doit être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de 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) et des règlements auxquels l'accord et l'art. 80a LAI renvoient. Depuis le 1er avril 2012, les parties contractantes appliquent notamment entre elles le 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) et le 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).

E. 3.2

Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n°883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique, bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. Dans la mesure où l'ALCP et son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 8 ALPC ; art. 46 al. 3 du règlement (CE) n° 883/2004; ATF 130 V 253, consid. 2.4). 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 ainsi déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4), cela tant pour la procédure que pour le droit matériel.

E. 4.1

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par la maxime inquisitoire (ATF 138 V 218 consid. 6). L'autorité administrative et, en cas de recours, le Tribunal constatent les faits d'office (cf. art. 12 PA, art. 43 al. 1, 1ère phrase LPG). Par conséquent, il leur appartient d'établir d'office un constat conforme et complet des faits pertinents (ATF 136 V 376 consid. 4.1.1). Ce faisant, l'administration et, en cas de recours, le Tribunal ne tiennent pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2). Sauf dispositions contraires de la loi, ils ne fondent leur décision que sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré comme constituant une simple hypothèse possible (ATF 121 V 47 consid. 2a et 208 consid. 6b ainsi que les références). Ils peuvent renoncer à l'administration d'une preuve s'ils acquièrent la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourra les amener à modifier leur opinion (ATF 130 III 425 consid. 2.1, 125 I 127 consid. 6c/cc in fine; arrêts du TF 9C_548/2015 du 10 mars 2016 consid. 4.2, 9C_702/2013 du 16 décembre 2013 consid. 3.2; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3e éd. 2015, art. 42 n° 30). La maxime inquisitoire ne s'applique pas de manière illimitée. Elle a pour corollaire l'obligation faite aux parties de collaborer à l'instruction (cf. art. 13 PA et art. 43 LPG; voir également ATF 125 V 195 consid. 2, 122 V 158 consid. 1a).

E. 4.2

Aux termes de l'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers (al. 2), tandis que l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les

décisions (al. 3). Compte tenu de la nature transfrontalière de la présente affaire, c'est à juste titre que l'Office AI du canton C. _____ a enregistré et instruit la demande, tandis que l'OAIE a notifié la décision litigieuse.

E. 4.3

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATF 139 V 349, 136 V 376 consid. 4.1, 132 V 105 consid. 5.2.8). 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, 121 V 204 consid. 6c).

E. 5.1

Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant pas, en principe, à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3, 129 V 1 consid. 1.2; voir ég. arrêts du TF 9C_598/2011 du 19 avril 2012 et 9C_488/2012 du 25 janvier 2013 s'agissant des conditions d'une extension au-delà de la date de la décision).

E. 5.2

Par conséquent, le Tribunal ne peut prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à l'exception des rapports médicaux établis ultérieurement qui permettent de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, 121 V 362 consid. 1b). Les faits qui sont 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; arrêt du TF 9C_839/2017 du 24 avril 2018 consid. 4.2). En l'espèce, les rapports médicaux établis après le 14 mars 2016 ne seront pas pris en considération dès lors qu'au regard des considérants qui vont suivre, ils ne permettent pas de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail du recourant jusqu'à la décision sujette à recours. En particulier, ceux du Dr N. _____ des 25 avril 2016 et 18 août 2016, d'une part, ne relèvent aucune incapacité de travail ni limitation fonctionnelle correspondant aux troubles psychiques qu'ils constatent et, d'autre part, font état de troubles réactionnels à des difficultés professionnelles, lesquelles, au même titre que les facteurs psychosociaux et/ou socioculturels, ne ressortissent pas de l'AI (cf. art. 7 LPGA; ATF 127 V 294 consid. 5).

E. 6

Selon l'art. 36 LAI, l'assuré qui compte trois années au moins de cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants lors de la survenance de l'invalidité, a droit à une rente ordinaire (al. 1). 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 p. 4065; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004). En l'occurrence, le recourant, qui a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 20 ans, remplit la condition afférant à la durée minimale de cotisations.

E. 7.1

Selon 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 pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); si au terme de cette année, il est invalide 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 LPGGA) en Suisse. Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'ALCP (cf. consid. 3), cette restriction n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3; art. 4 et 7 du règlement (CE) n° 883/04).

E. 7.2

En cas de rentes rétroactives limitées dans le temps, les dispositions relatives à la révision sont applicables. Selon l'art. 17 al. 1 LPGGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. L'art. 88a al. 1 RAI précise que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

E. 8.1

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGGA). L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). Elle 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).

E. 8.2

L'incapacité de gain constitue toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA).

E. 8.3

Par incapacité de travail, l'on entend toute perte, totale ou partielle, 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, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

E. 9.1

Bien que l'invalidité soit ainsi une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui les conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; voir ég. ATF 140 V 193 consid. 3.2).

E. 9.2

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a; arrêt du TF 9C_453/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3; arrêt du TF 9C_555/2015 du 23 mars 2016 consid. 5.2; Michel Valterio, Commentaire Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, [cité Commentaire LAI], art. 57 n° 33). La valeur probante d'une expertise est de plus liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et la référence, 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1; cf. Valterio, Commentaire LAI, art. 57 n° 37). En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; aussi les arrêts du TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

E. 9.3

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Le juge procède à cette appréciation selon le principe de la libre appréciation des preuves selon les types de rapports médicaux et expertises (ATF 125 V 351 consid. 3a; cf. Gabriela Riemer-Kafka [Edit.], Expertises en médecine des assurances, 3e éd. 2018, p. 31 ss).

E. 9.3.1

Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb; arrêt du TF I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2). La tâche de l'expert est 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 135 V 465 consid. 4.4).

E. 9.3.2

S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 59 al. 2bis LAI), 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 135 V 465 consid. 4.6, 122 V 157 consid. 1d, 123 V 175 consid. 3d, 125 V 351 consid. 3b ee; arrêt du TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1; cf. aussi arrêts du TF 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 divergeant - 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 TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

E. 9.3.3

Quant aux 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 135 V 465 consid. 4.5, 125 V 351 consid. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (cf. arrêt du TF I 321/03 du 29 octobre 2003 consid. 3.1; Valterio, Commentaire LAI, art. 57 n° 48). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise de partie soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (cf. ATF 125 précité consid. 3b/dd et les références citées).

E. 9.3.4

Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 17 novembre 2007 consid.

4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. Ils n'ont pas une force contraignante pour le juge qui est habilité à les examiner tant du point de vue formel que matériel (Valterio, Commentaire LAI, art. 57 n° 42; arrêt du TF 9C_865/2009 du 3 décembre 2009 consid.

2.2). Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. ATF 137 V 210 consid. 6.2.4; arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; Valterio, Commentaire LAI, art. 57 n° 43). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical non contesté établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1, 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2, 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références). Selon la jurisprudence il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes des SMR mais en telles circonstances l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux, quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par un SMR (cf. ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d; arrêt du TF 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1; Valterio, Commentaire LAI, art. 57 n° 43).

E. 9.3.5

Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les rapports sur dossier du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ne peuvent généralement pas constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêt du TF 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3).

E. 10

Pour déterminer le degré d'invalidité litigieux, l'OAIE a considéré que le recourant présentait une incapacité totale de travail dans son métier de tuyauteur dès le 19 novembre 2012, mais qu'il disposait en revanche d'une capacité entière de travail dans une activité adaptée à son état de santé à compter du 26 mars 2015. A l'appui de ces considérations, l'administration s'est fondée sur le rapport d'expertise établi le 31 juillet 2015 par le Dr I._____.

E. 10.1

Dans ce rapport, l'expert note que, sur le plan personnel, l'expertisé est marié, père d'un enfant majeur et vit avec son épouse dans une villa avec jardin et piscine. Depuis qu'il se trouve en incapacité de travail, il mène une vie sédentaire mais néanmoins active (cf. pce AI 43 p. 7). Il indique souffrir de lombalgies, dont il évalue l'intensité moyenne à 2,5 sur une échelle de 10, une crise aiguë - dont il évalue l'intensité à 7,5 sur une échelle de 10 - étant survenue 3 jours auparavant. Ces douleurs, qui fluctuent d'un jour à l'autre, se manifestent de nuit comme de jour, qu'il se tienne debout ou assis, la posture assise n'étant pas

supportable au-delà d'une heure. Sur le plan rhumatologique, l'expert observe un bon état général, une mobilité indolore de la colonne vertébrale ainsi que des membres supérieurs et inférieurs. Il relève des limitations fonctionnelles à la flexion et à la rotation de la colonne lombaire à la suite d'atteintes dégénératives connues et une tendance à une hyperostose idiopathique diffuse du squelette, sans indication de douleurs correspondantes. Les douleurs exprimées reposent essentiellement sur les dires de l'expertisé, qui ne recourt que rarement à la prise d'antalgiques. Celui-ci s'étant rendu à la consultation en voiture, il a été en mesure de supporter la position assise durant l'heure et demie de trajet, suivie d'une heure de consultation, sans manifester de signe de douleurs ou d'inconfort. S'agissant des diagnostics exerçant une influence sur la capacité de travail, l'expert retient des atteintes dégénératives de la colonne lombaire, un spondylolyse L4/L5 avec spondylolisthesis Meyerding de grade 2, des atteintes dégénératives de l'ensemble de la colonne vertébrale, un antérolisthesis L4/L5 avec une sténose secondaire du canal rachidien et sténose foraminale secondaire prédominant à droite, un status après spondylodèse L4/L5 avec mise en place de cage, ainsi que des limitations fonctionnelles de la colonne lombaire sans signe de syndrome radiculaire. Les atteintes dégénératives ainsi que le status post-spondylodèse L4/L5 interdisent toute reprise dans l'activité professionnelle habituelle depuis le 19 novembre 2012. Par contre, l'exercice d'une activité lucrative favorisant l'alternance des positions, sans tâches répétitives en position accroupie, sans position assise dépassant l'heure et demie, ni port de charges lourdes est exigible sans restriction temporelle, à tout le moins depuis le 23 mars 2015.

E. 10.2

Le rapport du Dr I. _____ a été établi par un spécialiste en rhumatologie. Il résume le contenu essentiel des pièces médicales figurant au dossier, de sorte qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. Il se fonde sur un examen complet pratiqué sur la personne expertisée et prend en considération les plaintes exprimées par celle-ci. La logique est constante, de même que l'argumentation est exempte de contradiction, cohérente et convaincante. Les points litigieux font l'objet d'une étude circonstanciée. La description et l'appréciation du contexte médical sont claires. Corroborées par le Dr F. _____ du SMR (cf. rapport du 4 septembre 2015) et par le Dr J. _____ (cf. rapport du 10 août 2015), les conclusions de l'expert relatives aux diagnostics et à l'appréciation de la capacité de travail du recourant sont dûment motivées. A cet égard, le Dr I. _____ explique en particulier qu'une activité lucrative impliquant la position assise de manière ininterrompue durant 1 h. 30 est exigible du recourant dès lors que, le 23 juillet 2015, celui-ci s'est montré à même de supporter cette position sans manifester de signe de douleurs ou d'inconfort durant l'heure et demie qu'a duré le trajet en voiture depuis son domicile jusque sur les lieux de l'expertise, suivie d'une heure de consultation. L'avis contraire du Dr G. _____ - qui considère que l'exercice d'une activité en position assise n'est pas raisonnablement exigible de l'assuré en raison des lombalgies - ne saurait, à défaut de motivation convaincante, emporter la conviction de la Cour de céans qui fait sien l'avis exprimé le 16 avril 2015 par le Dr F. _____ selon lequel le Dr G. _____ a exclu l'exercice d'une activité lucrative en position assise sur la seule base des plaintes exprimées par l'assuré. De même, le recourant ne saurait-il tirer avantage de l'avis de la Dre D. _____, selon laquelle la persistance des lombo-sciatalgies bilatérales empêche son patient de reprendre son activité professionnelle (cf. rapports des 7 novembre 2015 et 30 mars 2016). Ce faisant, la Dre D. _____ se limite à corroborer l'avis de l'expert, qui conclut également à l'incapacité totale de travail de l'assuré dans son activité habituelle. Par contre, elle ne met aucunement en cause la capacité

de travail dans une activité adaptée à la santé raisonnablement exigible de l'assuré à plein temps, selon les rhumatologues I. _____ et J. _____. Au demeurant, l'avis de la Dre D. _____ correspond in casu à celui d'un médecin traitant, dont il est admis, selon l'expérience, qu'il 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. Sur le vu de ce qui précède, la valeur probante de l'expertise du Dr I. _____ n'est pas contestable, ni du reste contestée. A défaut d'opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, le Tribunal ne voit aucun motif de s'écarter des conclusions du rapport du 31 juillet 2015 et retient par conséquent que, sur le plan rhumatologique, le recourant présente une incapacité totale et définitive d'exercer son métier de tuyauteur. Par contre, l'exercice d'une activité lucrative favorisant le changement de positions, sans tâches répétitives en position accroupie, sans position assise dépassant l'heure et demie, ni port de charges lourdes est exigible sans restriction temporelle depuis le 23 mars 2015.

E. 11.1

Sur le plan psychiatrique, le recourant invoque l'avis du Dr H. _____, selon lequel son patient présente des troubles psychiques ne lui permettant actuellement pas d'exercer une activité professionnelle.

E. 11.2

Pour l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques, le Tribunal fédéral a conçu une série d'indicateurs qu'il a classés dans deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) : A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel » a. Complexe « atteinte à la santé » i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard iv. Comorbidités b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) c. Complexe « contexte social » B. Catégorie « cohérence » (point de vue du comportement) a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation. Le Tribunal fédéral a précisé que les indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel (catégorie A ci-dessus) forment le socle de l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme (ATF 141 V 281 consid. 4.3); les conséquences tirées de cet examen doivent ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (catégorie B ci-dessus; ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La Haute Cour a également indiqué qu'il fallait toujours tenir compte des circonstances du cas concret et que le catalogue d'indicateurs n'avait pas la fonction d'une simple check-list. Il a souligné en outre que ce catalogue n'était pas immuable et qu'il devait au contraire évoluer en fonction du développement des connaissances scientifiques (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Le Tribunal fédéral a expliqué qu'eu égard aux indicateurs retenus, il convient, plus qu'avant, de tenir compte des effets de l'atteinte à la santé sur la capacité de la personne concernée à exercer son travail et les tâches de sa vie quotidienne (répercussions fonctionnelles). La phase diagnostique, à la base de l'examen, doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de trouble somatoforme présuppose un degré d'une certaine gravité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1). Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également un éclairage sur les conséquences de l'affection psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2). Il sied également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, au vu en particulier de sa personnalité et du contexte social

dans lequel elle évolue (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2 et 4.3.3). Jouent par ailleurs un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2). La Haute Cour a toutefois souligné que la nouvelle jurisprudence ne modifiait en rien celle tirée de l'art. 7 al. 2 LPGA, laquelle exige la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et impose un examen objectif de l'exigibilité, le fardeau de la preuve matérielle incombant à la personne requérante. Comme auparavant, des évaluations et des limitations subjectives qui ne sont pas médicalement explicables ne peuvent pas être considérées comme des atteintes à la santé invalidantes. La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante au degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards, et exemptes de contradictions (ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 et 3.7.2). Par la suite, dans les ATF 143 V 409 et ATF 143 V 418, le Tribunal fédéral a jugé que l'approche développée dans le cadre des troubles somatoformes douloureux doit dorénavant s'appliquer à tous les troubles psychiques, en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes, qui doivent dès lors, en principe, faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références), afin d'établir l'existence d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être déterminé dans le cadre d'un examen global, en tenant compte des différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du TF 9C_148/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2). Bien plus que le diagnostic, c'est donc la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe. On peut toutefois renoncer à évaluer la capacité de travail de la personne concernée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits normative et structurée, au moyen du catalogue d'indicateurs, lorsqu'un tel examen n'apparaît ni nécessaire ni adéquat. Il en est ainsi, notamment, lorsque des rapports médicaux clairs et bien motivés excluent toute incapacité de travail, et qu'en raison d'un défaut de spécialisation du médecin qui s'exprime ou pour un autre motif, les avis médicaux qui soutiennent le contraire ne s'avèrent pas pertinents (ATF 143 V 418 consid. 7.1). Il en va de même également lorsque les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, qui exclut d'emblée l'hypothèse d'une atteinte à la santé (voir également ATF 141 V 281 consid. 2.2; arrêt du TF 9C_534/2015 consid. 2.2.2 et les références). Toutefois, comme l'a déclaré le Tribunal fédéral dans son arrêt 9C_899/2014, la distinction entre une exagération des symptômes, excluant le droit à des prestations, et une simple tendance à la clarification - qu'on ne saurait assimiler - est délicate. D'une part, cette propension (inconsciente) à amplifier les douleurs ressenties et à vouloir les clarifier est dans la nature même des troubles somatoformes douloureux et des affections comparables, dont la caractéristique est que l'on n'en trouve pas de corrélation organique suffisante. D'autre part, on ne saurait ignorer les particularités de la procédure d'instruction en matière d'assurances sociales. La personne assurée, qui dépose une demande auprès de l'assurance-invalidité dans le but de se voir allouer des prestations d'assurance, cherchera souvent (si ce n'est dans tous les cas) à faire état - consciemment ou inconsciemment - de ses troubles et limitations de sorte à atteindre ce but (arrêt du TF 9C_899/2014 consid. 4.2.1 et les références). L'évaluation par

le biais du catalogue d'indicateurs ne sera pas nécessaire non plus en particulier lorsque les documents médicaux existants laissent apparaître, au degré de la vraisemblance prépondérante, une dépression légère, qu'on ne peut considérer comme chronique et qui n'est pas associée à une comorbidité (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 et les références).

E. 11.3

Dans un rapport daté du 23 mars 2015, le Dr H._____ indique que son patient souffre d'un état dépressif nécessitant un suivi psychiatrique, ainsi qu'un traitement psychiatrique médicamenteux (pce AI 36 p. 3). Dans un rapport successif du 14 août 2015, ce médecin explique avoir pris le recourant en consultation, diagnostique un état dépressif suivi d'anxiété, d'insomnie, d'idées noires chez un patient tendant à se dévaloriser et préconise un suivi psychiatrique, ainsi qu'un traitement antidépresseur constitué d'Escitaloprame® et de Prazepam® (pce AI 47). Dans un troisième rapport établi le 22 octobre 2015, le Dr H._____ fait état d'un syndrome dépressif nécessitant un traitement médicamenteux antidépresseur (Escitalopra-me®, Prazepam®, Zolpidem®), l'état de santé de son patient se révélant incompatible, à ce stade, avec l'exercice d'une activité professionnelle (pce AI 52). Ce faisant, le Dr H._____ se limite à poser un diagnostic sans s'appuyer légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.1), et une incapacité de travail, sans motiver les raisons pour lesquelles le premier entraînerait la seconde. Il ne décrit aucunement en quoi les troubles qu'il constate empêcheraient le recourant d'exercer une activité professionnelle. Il ne se détermine pas davantage sur la médication qu'il prescrit et n'indique en particulier pas que celle-ci se révélerait inefficace ou qu'elle aurait des effets secondaires notables ne permettant pas au patient d'exercer certaines activités exigeant une concentration soutenue, comme par exemple la conduite d'un véhicule automobile (cf. arrêts du TF 9C_753/2015 du 20 avril 2016 consid. 3.1 ; 9C_836/2014 du 23 mars 2015 consid. 3.3; 8C_889/2017 du 4 juillet 2018 consid. 6.1.1). A l'instar du Dr F._____ (cf. rapport du 9 décembre 2015), la Cour de céans retient par conséquent qu'aucun des rapports établis par les Drs D._____, I._____ et G._____ n'ont fait état de troubles psychiques invalidants et que, faute de motivation suffisante, les rapports du Dr H._____ ne sauraient établir une telle atteinte, cela d'autant moins qu'ils émanent d'un médecin traitant, 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 135 V 465 consid. 4.5; cf. ég. supra consid. 9.3.3). En outre, il ressort de l'expertise que depuis qu'il se trouve en incapacité de travail, le recourant se lève tous les matins à 4 h. 30 afin de conduire son épouse au travail. Ensuite, il regarde la télévision ou dort encore un peu, avant de préparer le repas de midi qu'il partage avec son épouse. Il se charge des tâches ménagères (récupération, aspirateur, cuisine, travaux de jardinage) et consacre ses après-midi à des activités récréatives (jeux de cartes électroniques, télévision, promenades, vélo, piscine en été, engagement associatif au sein d'une équipe de football de vétérans (cf. rapport I._____ du 31 juillet 2015, pce AI 43 p. 7). Force est de constater qu'il ne subit pas de retrait social, ni épuisement de ses ressources personnelles. Il ne fait état d'aucune limitation fonctionnelle l'entravant dans ses activités quotidiennes. Dans ces circonstances, la seule mention, même par un médecin psychiatre, d'un diagnostic, d'une médication ainsi que d'une incapacité de travail dépourvue de toute motivation et sans indice concret laissant apparaître l'existence de limitations fonctionnelles liées à une symptomatologie psychique dans un contexte médical prédominé par des affections de nature somatique, ne suffit pas à justifier la mise en oeuvre d'une procédure d'établissement des faits normative et structurée (cf. arrêts du TF 8C_341 /2018 du 13 août 2018 consid.

6.2, 9C_580/2017 du 16 janvier 2018 consid. 3.1, 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid. 2.1, 9C_95/2017 du 25 août 2017 consid. 5). Aucun défaut d'instruction en ce sens ne saurait être reproché à l'OAIE in casu de sorte que c'est à juste titre que l'administration a déterminé le degré d'invalidité du recourant à l'aune des seules atteintes somatiques médicalement établies.

E. 12

Il s'agit de présent de déterminer si l'évaluation du taux d'invalidité effectuée par l'autorité inférieure est conforme au droit.

E. 12.1

Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés ayant exercé précédemment une activité à plein temps, 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 être raisonnablement exigée de lui, après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGA).

E. 12.1.1

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. En application de l'art. 29 al. 1 LAI, 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 conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. L'al. 3 précise que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. En outre, les revenus avec et sans invalidité 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 et 128 V 174 consid. 4a). Selon la jurisprudence, les revenus avant et après invalidité doivent être pris en compte indexés jusqu'à la date de la survenance du droit théorique éventuel à la rente suite au délai d'attente d'une année (ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174 consid. 4).

E. 12.1.2

Il ressort des pièces figurant au dossier que le recourant a adressé sa demande de prestations le 8 mai 2013 (AI pce 12), de sorte que le délai de six mois au sens de l'art. 29 al. 1 LAI s'est échu le 1er novembre 2013. En outre, l'autorité inférieure a retenu que l'incapacité de travail avait commencé le 19 novembre 2012 (pce AI 58 p. 10), de sorte que le délai d'une année déterminé à l'art. 28 al. 1 LAI s'est terminé le 18 novembre 2013. Il ne ressort pas du dossier une autre date que celle retenue par l'OAIE pour le début de l'incapacité de travail. Partant, l'éventuel droit à la rente du recourant a pris naissance le 1er novembre 2013 (voir aussi arrêt TAF C-71/2014 du 23 mars 2015 consid. 9.1).

E. 12.1.3

Les revenus à comparer - à cette date - doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans la mesure du possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré avant et après la survenance de ses problèmes de santé. A défaut d'un salaire de référence, un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques salariales retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires (ci-après : ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) ou sur les données

salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 139 V 592 consid. 2.3, 126 V 75 consid. 3b/aa et bb; arrêt du TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1). Les données de l'ESS relatives aux années déterminantes servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêt du TF I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6.1). 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 et 4, 142 V 178 consid. 2.5.8.1; arrêts du TF 9C_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.3.1, 8C_520/2016 du 14 août 2017 consid. 4.3.1). Sont déterminantes les données publiées au moment de la décision attaquée et non celles qui l'ont été plus tard (arrêt du TF 9C_699/2015 du 6 juillet 2016 consid. 5.2 et les réf.; Valterio, Commentaire LAI, art. 28a n° 35). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence admet la référence au groupe des tableaux « A », correspondant aux salaires bruts standardisés, de l'ESS (arrêt du TF I 194/06 du 28 septembre 2006 consid. 2.1 et la référence). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. La table généralement utilisée est la table TA1 (secteur privé) (cf. Valterio, Commentaire LAI, art. 28a n° 80). L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalidé de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières (années de service, nationalité / catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). La jurisprudence n'admet à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5). La hauteur de la réduction dépend de chaque cas d'espèce - une réduction automatique n'est pas admissible (arrêt du TF 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. La comparaison des revenus doit se faire sur le même marché du travail car les salaires et le coût de la vie ne sont pas les mêmes entre deux pays et ne permettent pas une comparaison objective (ATF 110 V 273 consid. 4b). S'agissant d'assurés résidant à l'étranger, en raison de la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie généralement entre la Suisse et leur pays de résidence, on ne saurait retenir le montant du dernier salaire obtenu par l'intéressé dans son Etat de résidence pour être comparé avec un revenu théorique statistique suisse. Dans ces situations, les rémunérations retenues par l'ESS peuvent aussi servir à fixer le montant des revenus que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (Valterio, Commentaire LAI, art. 28a n° 45; ATF 110 V 273 consid. 4b; arrêts du TF I 215/04 du 4 mai 2005 et I 321/05 du 28 octobre 2005).

E. 12.1.4

La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques. L'administration n'a pas à démontrer l'existence d'offres de travail concrètes disponibles et correspondant aux limitations de l'assuré (arrêt du TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2).

E. 12.2

En l'espèce, il y a lieu d'évaluer le degré d'invalidité litigieux à l'aune d'une incapacité totale de travail du recourant dans son métier de tuyauteur depuis le 19 novembre 2012, respectivement d'une capacité entière de travail recouvrée dès le 23 mars 2015 dans une activité lucrative favorisant l'alternance des positions, sans tâches répétitives en position accroupie, sans position assise dépassant l'heure et demie, ni port de charges lourdes.

E. 12.2.1

Compte tenu d'une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative subie depuis le 19 novembre 2012 jusqu'au 23 mars 2015, le recourant a droit à une rente entière correspondant à une incapacité de gain de 100% à compter du 1er novembre 2013 (cf. consid. 12.1.1 supra).

E. 12.2.2

Le recourant ayant recouvré une capacité entière de travail dans une activité adaptée à son état de santé dès le 23 mars 2015, il convient de déterminer, à cette date, le droit à la rente correspondant au degré d'invalidité subsistant, en comparant les revenus avec et sans invalidité (cf. arrêt du TF 9C_363/2016 consid. 5.3.1). Sans invalidité, le recourant aurait réalisé, en 2013 (indice 2204; base 1939: 100), un revenu de 63'830 francs. Indexé valeur 2015 (2226; base 1939: 100), ce montant s'établit à 64'467.14 francs. Pour l'établissement du revenu avec invalidité en 2015, il y a lieu de se référer à l'ESS 2014 table TA1_tirage_skill_level indexé 2015 (+ 0.4%). Le revenu mensuel brut (valeur centrale) toutes branches confondues du secteur privé est en 2014 pour les hommes de 5'312.- francs par mois pour 40 h./sem. et de 5'537.76 francs par mois pour un temps de travail de 41.7 h./sem. (durée de travail hebdomadaire moyenne 2015). Il est ainsi de 66'453.12 francs par année en 2014 et de 66'718.93.- francs en 2015 (+0.4%). L'Office AI du canton C. _____, respectivement l'OAIE, n'a pas effectué d'abattement sur ce revenu avec invalidité (cf. pce AI 49). Dans la mesure où le recourant (50 ans en 2015) peut exercer une activité adaptée à 100%, sans diminution de rendement et ni restriction particulière de la mobilité dans une activité s'exerçant debout et assise (1 heure et demie), favorisant l'alternance des positions et sans port de charges lourdes (pce AI 43 p. 10), il n'y a pas lieu de retenir un abattement sur le revenu d'invalidité. En effet, le Tribunal fédéral a précisé qu'une déduction sur le revenu d'invalidité doit être accordée en particulier lorsque la capacité de travail de l'assuré est réduite même pour des travaux d'ouvriers légers. Si par contre des travaux peu ou moyennement légers restent entièrement exigibles de la part de l'assuré, il n'y a pas lieu d'opérer une déduction du salaire statistique déterminé compte tenu de nombreuses activités peu ou moyennement légères (arrêts du TF 9C_187/2011 du 30 mai 2011 consid. 4.2.1 et références, 9C_205/2010 du 20 juillet 2010 consid. 5.2). Il appert de la comparaison des revenus avec et sans invalidité susmentionnés que le recourant ne subit aucune perte de gain à partir du 23 mars 2015, excluant le droit à une rente d'invalidité à compter du 1er juillet 2015 (cf. art. 88a al. 1 RAI). Par conséquent, la décision rendue le 14 mars 2016 par l'OAIE mettant le recourant au bénéfice d'une rente ordinaire entière d'invalidité versée du 1er novembre 2013 jusqu'au 30 juin 2015 ne prête pas flanc à la critique. Sur le vu de ce qui précède, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté.

E. 13.1

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, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté au cours de

l'instruction.

E. 13.2

Il n'est alloué de dépens ni au recourant vu l'issue de la procédure, ni à l'autorité inférieure (cf. art. 7 al. 1 a contrario et al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).
(Le dispositif figure sur la page suivante)

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.