

BVGer C-2529/2009 vom 22. Juni 2011

Bundesverwaltungsgericht, 2011-06-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2529_2009

FR: TAF C-2529/2009 du 22 juin 2011

IT: TAF C-2529/2009 del 22 giugno 2011

Regeste

Assurance-invalidité (AI)

Erwägungen

E. 1.1

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 1er 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 1er 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.

E. 1.2

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.

E. 1.3

X. _____ a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE étant touché par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

E. 1.4

Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée, le recours est recevable et il est entré en matière sur le fond.

E. 2

Le TAF applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, le Tribunal saisi 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, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, Alfred Kölz/Isabelle Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd. Zurich 1998 n. 677). 1.

E. 2.1

Les dispositions de la LPGA sont applicables en matière d'assurance-invalidité si et dans la mesure où la LAI le prévoit (art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

E. 3

S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de préciser que le 1er janvier 2008 les modifications de la LAI introduites par la 5ème révision AI sont entrées en vigueur (RO 2007 5129). 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), le droit à la rente s'examine pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 à la lumière des anciennes normes et, à partir de ce moment, des nouvelles dispositions. Selon les directives transitoires de la 5ème révision de la LAI (cf. Office fédéral des assurances sociales [OFAS]; la 5ème révision de l'AI et le droit transitoire, Lettre circulaire n° 253 du 12 décembre 2008) si l'incapacité de travail a débuté après le 1er janvier 2007 la rente peut être versée après un délai d'attente d'une année à condition que la demande de rente ait été présentée jusqu'au 31 décembre 2008.

E. 4.1

Dans le cas présent, l'OAIE a rejeté par décision du 13 mars 2007 la première demande de prestations AI d'X. _____, les mesures professionnelles n'étant plus indiquées et le taux d'invalidité de 30% ne donnant pas droit à une rente. Cette décision est entrée en force faute de recours. Le 30 avril 2008, l'intéressé a présenté une nouvelle demande de rente en alléguant une rechute de ses problèmes de santé dès le 14 décembre 2007.

E. 4.2

Aux termes de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI, lorsque l'autorité examine une nouvelle demande de l'assuré après un premier refus de prestations, elle n'entrera en matière que s'il apparaît établi de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. A défaut d'apporter cette preuve préalable au nouvel examen du droit aux prestations, l'affaire

est liquidée sans autre examen par une décision de non-entrée en matière sujette à opposition et recours devant le tribunal compétent. On entend ainsi éviter que l'administration ne doive s'occuper continuellement des mêmes cas, soit des cas où la situation n'a pas subi de modification déterminante (ATF 125 V 410 consid. 2b, VSI 2000 242).

E. 4.3

Dans l'examen des allégations de l'assuré quant à la péjoration de son état de santé, l'administration doit se montrer d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. 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. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral I 597/05 du 8 janvier 2007). Si l'administration entre en matière sur la nouvelle demande et examine l'affaire au fond; elle vérifie ainsi que la modification du degré d'invalidité rendue, à son sens, plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Si l'administration constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 368 consid. 2 et les références citées). Il convient de préciser à cet égard que c'est la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une éventuelle modification du degré d'invalidité (ATF 133 V 108 consid. 5, en particulier consid. 5.4, 130 V 71 consid. 3.2.3, 130 V 343 consid. 3.5). En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge.

E. 4.4

X._____ a présenté sa deuxième demande de rente le 30 avril 2008. L'administration n'a pas rendu une décision de refus d'entrer en matière fondée sur l'art. 87 al. 4 RAI, mais elle a examiné la demande sur le fond. La seule question litigieuse en la présente procédure est donc celle de savoir si c'est à juste titre que l'OAIE a rejeté cette nouvelle demande. Le Tribunal examinera si l'invalidité du recourant a subi une modification en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 13 mars 2007 et ceux qui ont existé jusqu'au 4 mars 2009, date de la décision litigieuse qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 4 consid. 2.1 et 121 V 366 consid. 1b).

E. 5

Pour avoir droit à une rente de l'assurance invalidité suisse, tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes: - être invalide au sens de la LPGA/LAI et - avoir

versé des cotisations à l'AVS/AI durant au moins une année (art. 36 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), respectivement, à compter du 1er janvier 2008, durant trois années au total (art. 36 al. 1 LAI), dont au moins une en Suisse, auprès d'une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE; FF 2005 p. 4291; art. 45 du règlement 1408/71). En l'occurrence, X. _____ remplit la condition liée à la durée minimale de cotisations.

E. 6

Il reste à examiner si l'intéressé peut être qualifié d'invalidé au sens de la loi. Concrètement, le Tribunal peut se limiter à examiner si et dans quelle mesure le droit à une rente est né depuis le 26 janvier 2007, date de la première décision entrée en force, et le 4 mars 2009, date de la décision attaquée dans la présente procédure marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 4 consid. 2.1 et 121 V 366 consid. 1b).

E. 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, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 LPGA). Selon l'assurance-invalidité suisse, la notion d'invalidité est alors de nature juridique-économique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Seules les pertes économiques liées à une atteinte à la santé sont assurées. Ainsi, le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin. A cet égard, il convient toutefois de relever que le Tribunal fédéral a 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 261 consid. 4, 115 V consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

E. 6.2

La rente d'invalidité est échelonnée. 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. 1 LAI dans sa teneur antérieure au 1er janvier 2008 et art. 28 al. 2 LAI depuis cette date). Toutefois, 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. 1ter LAI dans sa teneur antérieure au 1er janvier 2008 et art. 29 al. 4 LAI depuis cette date) ou sur le sol d'un Etat membre de la Communauté européenne pour les ressortissants de celle-ci (depuis l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1er juin 2002).

E. 6.3

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, texte en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; 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 22 consid. 2;

99 V 99; 96 V 44). Selon le nouvel art. 28 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2008, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: - 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; - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; - au terme de cette année il est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins.

E. 6.4

D'après l'art. 48 al. 2 LAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) 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. A partir du 1er janvier 2008 par contre, 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 (art. 29 al. 1 LAI).

E. 7

En l'espèce, le recourant fait grief à l'administration d'avoir accordé pleine valeur probante à l'expertise du SMR du 28 janvier 2009 et d'avoir retenu une capacité de travail totale dans une activité adaptée malgré les limitations fonctionnelles retenues. Il n'est pas contesté par contre que l'assuré souffre principalement de lombosciatalgies bilatérales chroniques prédominant à gauche, de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale L4-L5 et de séquelles de maladie de Scheuermann.

E. 7.1

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGa), 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 283 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, 2ème éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_859/2007 du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28).

E. 7.2

Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, le juge des assurances sociales 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 351 consid. 3a et les références). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa; 118 V 220 consid. 1bet les références; aussi arrêt du Tribunal fédéral I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge tiendra 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 qu'il 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).

E. 7.3

Le rapport de l'examen clinique rhumatologique du SMR du 28 janvier 2009 dont la valeur probante est contestée, a été rédigé sur la base de l'anamnèse, du dossier médical à disposition, du status actuel et des examens complémentaires. Il tient également compte des plaintes exprimées de l'assuré. Au vu de ces éléments, le Dr M. _____ - médecine interne et rhumatologie FMH - a retenu les diagnostics mentionnés et il a été à même de décrire les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Le Tribunal ne peut alors suivre le recourant qui allègue que le rapport du SMR est dépourvu d'argumentation scientifique quant à sa capacité de porter et de soulever de charges. Selon la jurisprudence, c'est au médecin de décrire les activités que l'on peut raisonnablement attendre de la personne assurée et le cas échéant de décrire les limitations fonctionnelles (cf. considérant 7.1 ci-dessus). Pour ce faire, le Dr M. _____ a fondé son évaluation sur le dossier et ses examens ainsi que sur ses connaissances et expériences professionnelles en tant que spécialiste rhumatologue. Par ailleurs, l'assuré se trompe lorsqu'il mentionne que selon ce médecin il pouvait soulever et porter des charges jusqu'à 12 respectivement 20 kilos (cf. TAF pces 1 et 5). D'après le Dr M. _____, l'assuré ne peut pas régulièrement soulever des charges d'un poids excédant 5 kg et ne peut pas porter régulièrement des charges d'un poids excédant 12 kg (p. 6 du rapport). L'évaluation du Dr M. _____ n'est pas non plus incompatible avec le fait que l'assuré a développé en décembre 2007 et en janvier 2009 des blocages lombaires avec exacerbation de sciatalgie gauche, ces plaintes ayant été prises en considération par l'expert. Contrairement aux griefs du recourant, le Dr M. _____ se prononce clairement sur sa capacité de travail résiduelle. D'après cet expert, l'incapacité de travail est, depuis le 28 novembre 2005, totale dans l'activité habituelle de chauffeur-grutier mais dans une activité adaptée, qui respecte les limitations fonctionnelles décrites, la capacité de travail du recourant a toujours été complète. Les blocages lombaires et les exacerbations de sciatalgie gauche en décembre 2007 et en janvier 2009 n'ont provoqué que des arrêts de travail transitoires de 1 mois au plus en décembre 2007 et de 2 semaines en 2009. De surcroît, et de nouveau contrairement à ce que soutient l'assuré, le Dr M. _____ explique pourquoi il retient, à l'encontre du Dr E. _____, une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il argue que l'assuré ne présente pas de véritable syndrome radiculaire, ni de trouble sensitivomoteur en relation avec les troubles statiques et dégénératifs du rachis et la petite hernie discale L4-L5. Ces conclusions sont convaincantes et ne peuvent être mises en doute par les estimations du Dr E. _____, plus favorables à l'assuré, le rapport du SMR répondant en outre, à toutes les exigences jurisprudentielles en

la matière. A ce titre, il paraît vraisemblable qu'en tant que médecin traitant, le Dr E. _____ soit enclin à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui le lie à lui (cf. consid. 8.2. ci-dessus).

E. 7.4

Dans ces conditions, le Tribunal est amené à constater que le rapport du SMR du 28 janvier 2009 bénéficie de la pleine valeur probante. Une instruction complémentaire, demandée par l'assuré, s'avère superflue. Le Tribunal retient que l'assuré présente depuis le 28 novembre 2005 une incapacité de travail totale dans l'activité de camionneur-grutier mais une capacité de travail complète dans une activité adaptée qui tient compte des limitations fonctionnelles suivantes, décrites par le Dr M. _____ : nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations.

E. 8

Il convient encore de déterminer le taux d'invalidité du recourant.

E. 8.1

L'invalidité est évaluée en comparant le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) avec le revenu qu'il pourrait obtenir en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché de travail équilibré (revenu d'invalide). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA en corrélation avec l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). La comparaison de revenus doit s'effectuer sur le même marché du travail afin que les revenus soient commensurables (ATF 110 V 273 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6.1).

E. 8.2

Le revenu sans invalidité correspond au revenu que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vraisemblance prépondérante si elle était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible. Quant au revenu d'invalide, il peut être évalué sur la base des statistiques salariales en l'absence d'un revenu effectivement réalisé après la survenance de l'invalidité (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Les rémunérations retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires (ESS) et publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS) servent à fixer le gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêt du Tribunal fédéral I 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6 et arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6). Afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge avancé, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation), le revenu d'invalide ressortant des statistiques doit être réduit. La jurisprudence n'admet cependant à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5). Le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 6).

E. 8.3

Dans le cas d'espèce, l'OAIE a appliqué, conformément à la jurisprudence précitée, la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Il s'agit de comparer les revenus en fonction de ce qu'ils étaient, en 2006, douze mois après l'apparition, le 28 novembre 2005, des atteintes causant l'invalidité. Pour déterminer le revenu sans invalidité, il est indiqué de se référer à l'instar de l'OIAE, au revenu annuel que le recourant a gagné chez son ancien employeur, Jaeger & Bossard SA en 2006, à savoir Fr. 70'200.- (Fr. 5'400 x 13; cf. questionnaire pour l'employeur du 22 septembre 2006). Ce montant n'est pas litigieux. Pour le revenu d'invalidé, le recours de l'OAIE aux données statistiques suisses, table TA1, niveau de qualification 4 (activités simples et répétitives) et à la moyenne des salaires dans les industries manufacturières (chiffres 15-37) n'est pas non plus contesté par l'assuré. Le recourant peut trouver dans ce secteur secondaire, pour lequel il a travaillé auparavant, un large éventail d'activités légères et adaptées à son état de santé. Selon la table de l'année 2006, le salaire annuel moyen correspond donc à Fr. 60'036.- pour 40h/semaine (Fr. 5'003 x 12) respectivement à Fr 62'137.26 une fois adapté à l'horaire usuel du secteur de 41.4h/semaine (cf. La Vie économique, Revue de politique économique, 9-2010, table B 9.2). L'OAIE a consenti un abattement du salaire statistique de 20% en raison des limitations fonctionnelles et des seuls travaux légers possible. Tenant compte du fait qu'un abattement maximal de 25% n'est accordé que dans des cas exceptionnels (par exemple la perte d'usage du bras dominant: arrêt du Tribunal fédéral 9C_418/2008 du 17 septembre 2008 consid. 3.3.2), l'OAIE ne peut pas être critiqué et il n'y a pas lieu de donner suite à la demande de l'assuré d'admettre un abattement de 25%. La réduction de 20% tient suffisamment compte des limitations fonctionnelles de l'assuré et du fait qu'il a dû renoncer à un âge avancé à sa dernière activité exercée durant plus de 20 ans auprès du même employeur. Comme le relève à juste titre l'OAIE, le recourant étant de nationalité française et au bénéfice d'un permis frontalier qui l'autorise à travailler librement dans le canton de Genève, une réduction supplémentaire en raison de sa nationalité n'est pas justifiée. D'ailleurs, une réduction de 25% n'ouvrira pas non plus droit à une rente d'invalidité. Le revenu d'invalidé à prendre en considération en l'espèce, s'élève donc à Fr. 49'709.81 (Fr. 62'137.26 - 20%).

E. 8.4

Le calcul comparatif des revenus fait apparaître une diminution de la capacité de gain arrondie à 29% ($70'200.- - 49'709.81 / 70'200.- \times 100$). Ce taux, inférieur à 40%, n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité, conformément à ce que l'OAIE a retenu dans sa décision du 4 mars 2009.

E. 9

Dans ce cadre, il est utile de relever que, selon un principe générale 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 123 V 96 consid. 4 c, 115 V 53, 114 V 285 consid. 3, 11 V 239 consid. 2a; Ulrich Meyer Blaser, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, thèse, Berne 1985, p. 131). Par exemple, l'on peut exiger que l'assuré accepte une activité adaptée à son état de santé afin de réduire sa perte de gain même si cela signifie qu'il doit abandonner son ancienne activité professionnelle. Il convient également de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, en particulier un marché de l'emploi local, ni un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal

administratif fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI (VSI) 1999 p. 247 consid. 1, 1998 p. 296 consid. 3b).

E. 10

Par voie de conséquence, la décision litigieuse, basée sur un dossier suffisamment instruit, doit être confirmée et le recours du 20 avril 2009 rejeté.

E. 11

Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à Fr. 300.-, 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 le recourant s'est acquitté au cours de l'instruction. Il n'est pas alloué de dépens (art. 7 al. 1 a contrario du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). (dispositif à la page suivante)

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