

BVGer C-2536/2012 vom 21. Mai 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-05-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2536_2012

FR: TAF C-2536/2012 du 21 mai 2013

IT: TAF C-2536/2012 del 21 maggio 2013

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 administratif 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 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. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge 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

S'agissant de la motivation du recours, il convient de préciser ce qui suit. Le recours ne contenait ni motivation ni conclusion. On peut toutefois en déduire la volonté d'obtenir la modification de la décision litigieuse. En effet, selon une jurisprudence développée sous le régime de l'ancien art. 85 al. 2 let. b de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS, RS 831.10; cf. ATF 116 V 353 consid. 2b) puis étendue à toutes les assurances sociales (RAMA 1994 n° U 192 p. 150 consid. 4c), le juge saisi d'un recours dans ces matières ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il apprécie la forme et le contenu d'un acte de recours. Il peut ainsi objectivement être compris du recours et de ses annexes que l'assuré estime devoir lui être reconnu une invalidité lui ouvrant le droit à une rente. Partant, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60

LPGA et 52 PA) et l'avance de frais ayant été fournie, le recours est recevable.

E. 1.5

En application de l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), selon lequel 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, l'OAI-BL a enregistré et instruit la demande dont la décision, notifiée par l'OAI-E conformément à la disposition précitée, a été déférée devant le Tribunal de céans.

E. 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), dont son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, est entré en vigueur le 1er juin 2002. Dans le cadre de l'ALCP la Suisse est aussi un "Etat membre" au sens des règlements de coordination (art. 1er al. 2 de l'annexe II de l'ALCP).

E. 2.2

Selon l'art. 1er al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version valable jusqu'au 31 mars 2012 les parties à l'accord appliquent entre elles en particulier 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 (RO 2004 121) et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du précité règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909) tels que modifiés par l'annexe, ou des règles équivalentes à ceux-ci. Selon l'art. 1er al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version entrée en force le 1er avril 2012 (cf. la décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), modifié par le règlement du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 n° 988/2009 (JO L. 284 du 30 octobre 2009), et le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 no 987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 (avec annexes) (RS 0.831.109.268.11). Les règlements précités (CEE) n° 1408/71 et (CEE) 574/72 sont selon l'art. 1er al. 1 en relation avec la section A ch. 3 et 4 dans la version en vigueur au 1er avril 2012 de l'annexe II à l'ALCP applicables entre les parties contractantes dans la mesure où le règlement (CE) n° 883/2004 ou (CE) 987/2009 y fait référence ou lorsque des affaires qui ont eu lieu par le passé sont concernées (cf. ég. l'art. 87 al. 1 du règlement [CE] n° 883/2004 et l'ATF 138 V 533 consid. 2.2).

E. 2.3

Selon l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique - tels les ressortissants d'un Etat membre, les apatrides et les réfugiés ayant leur domicile dans un Etat membre auxquels les dispositions d'un ou plusieurs Etats membres sont ou étaient applicables et leurs survivants (cf. l'art. 2 du règlement) - bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. L'art. 3 al. 1 du règlement (CEE) n° 1408/71 prévoyait une disposition analogue.

E. 2.4

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. 2.5

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 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 3.1

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références). Les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) sont applicables. Toutefois les dispositions de la 5e révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 sont également applicables s'agissant du droit à la rente jusqu'au 31 décembre 2011, ce qui motive que les dispositions citées ci-après sont également celles en vigueur jusqu'à cette date.

E. 3.2

En l'espèce, le Tribunal peut se limiter à examiner si le recourant remplissait les conditions d'octroi d'une rente jusqu'au 3 avril 2012, 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. 2.1 avec les réf.). Il sied de préciser que la documentation médicale établie ultérieurement à la date butoir de cognition du tribunal ne peut être prise en compte que dans la mesure où elle permet une meilleure évaluation de l'état de santé antérieurement à la décision dont est recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C_967/2009 du 2 juin 2010 consid. 3 avec les réf.).

E. 4

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: - être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI); - compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71). Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans. Il remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à

examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

E. 5.1

Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

E. 5.2

Un 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). Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI - selon laquelle 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 en Suisse (art. 13 LPGA) - n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

E. 5.3

Selon l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 28 al. 1 LAI (cf. chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

E. 5.4

Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. 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 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans 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. 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 LPGA).

E. 6.1

Le recourant a travaillé de nombreuses années comme mécanicien polyvalent, il est également formé en tant que mécanicien CNC. Sa dernière activité dans son domaine professionnel a été relativement lourde. Il n'a plus exercé d'activité lucrative depuis le 10 novembre 2009 en raison de problèmes aux mains, de dorso-lombalgies et de cervicalgies et

fut licencié fin mai 2010.

E. 6.2

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé, en application de la méthode dite générale, 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 de travail équilibré.

E. 6.3

Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins 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 (ATF 115 V 133 consid. 2).

E. 7.1

L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

E. 7.2

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 125 V 352 consid. 3a et les références). Il est à relever dans ce cadre, en ce qui concerne la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est 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 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical (cf. dans ce sens relativement aux expertises de parties: arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). 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 353 consid. 3b/dd et les références citées).

E. 8.1

En l'espèce il appert du dossier un status invalidant à l'origine au niveau des mains qui s'est ensuite étendu au niveau du dos chez une personne ayant exercé en dernier lieu une activité de mécanicien polyvalent relativement lourde. Toutefois force est de constater que tant le rapport E 213 du 1er septembre 2011 que le rapport d'expertise rhumatologique du Dr G. _____ du 18 novembre 2011 retiennent une mobilité du dos et des membres supérieurs et inférieurs conservée. Il ressort de la documentation médicale la possibilité pour l'assuré d'exercer des activités légères adaptées ne sollicitant pas le rachis et ne demandant pas une dextérité spéciale des mains. Selon les conclusions du Dr G. _____ le diagnostic, avec incidence sur la capacité de travail, est celui de syndrome douloureux cervicothoracovertébral chronique (CIM-10 M53.9 [dorsopathie, sans précision]), de tendinite à la flexion du D5 à droite, d'un status post opération (le 28 septembre 2011) du D4 à ressaut à gauche en raison d'une tendinite à la flexion, et, sans incidence sur la capacité de travail, notamment, de polyarthrose avec début de coxarthrose à droite, de syndrome lomboveutébral asymptomatique, de déconditionnement musculaire et d'obésité. Le Dr G. _____ reconnaît à l'intéressé une limitation dans les activités moyennes et lourdes mettant à contribution la colonne vertébrale et les activités répétitives moyennement lourdes mettant à contribution les mains, mais considère comme exigible à 100% du point de vue rhumatologique une activité légère pour la colonne vertébrale et les mains avec une limitation de charges de 10kg dès 6-8 semaines après la dernière opération du D4 à ressaut gauche. Le Dr H. _____ du SMR a également retenu une capacité de travail résiduelle entière pour des activités légères adaptées à compter du 9 septembre 2009, sous réserve d'une incapacité totale de 8 semaines après l'intervention chirurgicale à la main droite pour le D4 à ressaut et a de plus relevé une capacité de travail dans une activité légère de mécanicien CNC de 70%. Ces dernières appréciations sont dans la ligne du rapport E 213 du 1er septembre 2011 du Dr F. _____ concluant à la possibilité d'une activité à plein temps adaptée sans port et manipulation de charges, flexions répétées du rachis, utilisation de rampes, escaliers et échelles, limitant les mouvements de la tête.

E. 8.2

A l'encontre de ces appréciations médicales dont notamment l'expertise du Dr G. _____ à l'origine de la décision de l'OAIE, le recourant oppose une correspondance du Prof. D. _____, neurologue, au Dr B. _____ du 3 février 2010 évoquant des atteintes au rachis nécessitant de ménager le dos, un rapport radiologique du 9 août 2010 relevant des lésions d'uncodiscarthrose mais n'indiquant pas de hernie discale ni de stigmate de sténose canalaire, le rapport de son médecin traitant le Dr B. _____ du 11 février 2011 qui souligne un status ne permettant pas la reprise de l'activité antérieure et toute activité nécessitant des mouvements de manutention élaborés, des ports de charges, des efforts de préhension, le rapport du Dr C. _____, médecine physique et de réadaptation, du 24 mars 2011 indiquant un status sans restriction sur la capacité de travail. En soi ces rapports médicaux ne permettent pas de mettre en doute les conclusions du rapport d'expertise du Dr G. _____ reconnaissant pour l'essentiel une pleine capacité de travail à l'intéressé dans des activités légères adaptées ne nécessitant pas la manipulation de charges supérieures à 10kg, y compris, selon le Dr H. _____, dans son domaine professionnel de mécanicien CNC à hauteur de 70%.

E. 8.3

Sur le plan psychiatrique le recourant a produit un certificat du Dr E. _____ daté du 7 septembre 2011. Il appert de ce document qui conclut à une incapacité de travail totale définitive qu'il a été établi à la suite d'une consultation du jour. Il ne fait état d'aucune anamnèse et aucun autre document médical ne fait état de problème psychiatrique. Il ne saurait modifier l'appréciation rhumatologique déterminante dans la présente cause.

E. 8.4

Il s'ensuit de ce qui précède qu'il peut être retenu que l'intéressé a été en incapacité de travail totale quelque huit semaines après chacune de ses interventions chirurgicales aux mains (10 janvier 2010 et 28 septembre 2011) mais que depuis le 10 novembre 2009, date où il a interrompu son activité lucrative, sa capacité de travail était de 100% dans des activités légères adaptées et de 70% dans des activités légères adaptées en tant que mécanicien-CNC.

E. 9.1

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui, après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

E. 9.2

Le gain d'invalide est une donnée théorique, même s'il est évalué sur la base de statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). 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 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).

L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalide de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5).

E. 9.3

Ce gain doit être comparé au moment déterminant avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vraisemblance prépondérante si elle était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Le gain de personne valide doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, ou, à défaut de salaire de référence, au salaire théorique qu'il aurait pu obtenir selon les salaires théoriques statistiques disponibles de l'ESS.

E. 10.1

En l'espèce il y a lieu de procéder à une évaluation de l'invalidité selon la méthode générale par une comparaison de revenus sur la base de l'ESS 2010 indexé 2011 vu que le droit à la rente pourrait cas échéant s'ouvrir au 1er mai 2011 vu le dépôt de la demande du 15 novembre 2010 (art. 29 al. 1 LAI). En effet, selon la jurisprudence, les salaires 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 128 V 174 et 129 V 222). Par ailleurs, il sied de préciser que le moment auquel la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite doit être

examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible (ATF 138 V 457).

E. 10.2

Le salaire annuel de l'assuré dans sa dernière activité aurait été en 2011 de 73'450.- francs (13 x Fr. 5'650.- par mois; cf. pce 9 p.3).

E. 10.3

Le salaire après invalidité doit être fixé sur la base des données statistiques résultant de l'ESS 2010 (table TA1) indexé 2011. Il est ici fait abstraction de la capacité de travail résiduelle de 70% dans le domaine d'activité de l'intéressé, selon le Dr H._____, qui en tant que telle n'ouvrirait pas le droit à une rente vu le taux d'invalidité en résultant de 30%. En l'occurrence les activités de substitution possibles s'inscrivent dans la détermination du revenu médian toutes branches confondues des hommes dans le secteur privé pour des activités simples et répétitives (niveau 4) à 100%, soit 4'901.- francs pour 40 h./sem. et 5'097.04.- francs pour 41.6 h./sem. en 2010 sous déduction de 20% (en lieu et place de 10% retenue par l'administration) pour tenir compte de l'âge de l'assuré né en 1951 et de ses restrictions personnelles aux activités légères sans emploi accru des mains et dextérité, soit 4'077.63 francs valeur 2010 et 4'106.17 francs par mois (+ 0.7%) valeur 2011 ou 49'274.04 francs par année. De nombreuses activités d'entre elles peuvent être exercées en position assise et debout autorisant le changement fréquent de position, sans port et manipulation de charges de plus de 10kg, sans nécessité de dextérité particulière, sans provoquer des sollicitations répétées du rachis, de sorte que ces activités sont adaptées à la situation du recourant. De plus, la majeure partie de ces postes ne nécessite pas de formation particulière autre qu'une mise au courant initiale.

E. 10.4

En comparant le salaire avant invalidité de 73'450.- francs par année avec celui après invalidité de 49'274.04 francs, on obtient une perte de gain de 32.91% arrondie à 33% ($(73'450 - 49'274.04) : 73'450 \times 100$). Ce taux n'ouvre pas le droit à un quart de rente (cf. consid. 6.5). Vu ce qui précède le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

E. 11

Dans le cadre de cette demande de rente, il est utile de rappeler 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 130 V 97 consid. 3.2 et les références citées; ATF 123 V 233 consid. 3c). Dans ce contexte, il convient de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3).

E. 12

Il appert du dossier et de la documentation médicale produite après la décision dont est recours que l'intéressé a eu des problèmes de santé lié à un infarctus le 6 avril 2012 qui a pu apparemment être soigné sans incidence sur la capacité de travail retenue par l'OAIE. Toutefois si tel ne devait pas être le cas il appartient à l'assuré de déposer une nouvelle demande de prestation d'assurance invalidité.

E. 13.1

Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à 400 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 pas alloué de dépens (art. 7 al. 1 a contrario et 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

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