

# **BVGer C-4679/2013 vom 19. Januar 2016**

Bundesverwaltungsgericht, 2016-01-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4679\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4679_2013)

FR: TAF C-4679/2013 du 19 janvier 2016

IT: TAF C-4679/2013 del 19 gennaio 2016

## **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), l'autorité de recours, 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**

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**

La décision attaquée a été rendue en allemand, le présent arrêt est cependant rendu en français suite à la requête du recourant en continuation de la procédure en français reçue le 3 mars 2014, à laquelle l'autorité inférieure a agréé en date du 31 mars 2014 (cf. art. 33a PA et pces TAF 12 à 15).

## **E. 2**

L'objet du litige est le bien-fondé de la décision querellée du 11 juillet 2013, prise par l'OAIE à la suite du complément d'instruction requis par le Tribunal de céans dans son arrêt C-494/2010 du 13 janvier 2012 qui admit partiellement le recours de l'intéressé contre la décision du 19 novembre 2009 de l'OAIE ayant rejeté une demande de rente de l'assuré du 12 juin 2007 au motif d'un taux d'invalidité de 25% insuffisant. Au consid. 8 de l'arrêt précité le Tribunal de céans avait requis de l'autorité inférieure une appréciation concrète sous les angles médical et professionnel des possibilités de travail résiduelles de l'assuré dans des positions corporelles alternées, complété d'un rapport médical sur l'incidence de l'épilepsie sur sa capacité de travail résiduelle.

### **E. 3**

A. \_\_\_\_\_ étant citoyen croate, la Convention de sécurité sociale entre la Confédération suisse et la République de Croatie (RS 0.831. 109.291.1), conclue le 9 avril 1996 et entrée en vigueur le 1er janvier 1998, est applicable. Aux termes de l'art. 4 par. 1 de la Convention, les ressortissants croates et suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Ainsi, le degré d'invalidité d'une personne qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse. De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TF I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Le 1er juillet 2013, la Croatie est entrée dans l'Union européenne (UE). Les conditions de l'extension de la libre circulation des personnes à la Croatie ont été négociées dans un protocole additionnel (Protocole III). A la date de la décision dont est recours, et encore au jour du présent arrêt, ledit protocole III n'a pas été signé. Il s'ensuit que les règlements (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.1) en matière de coordination de droit des assurances sociales entre les Etats membres de l'UE et de la Suisse et n° 987/2009 (RS 0.831.109.268.11) fixant les modalités d'application du règlement 882/2004, en vigueur depuis le 1er avril 2012, ne sont pas applicables.

#### **E. 4.1**

À titre liminaire, il sied de relever que le recourant se plaint dans ses écritures d'une grave violation du droit d'être entendu en ce sens que l'autorité inférieure ne se serait prononcée sur ses griefs que de manière sélective ne répondant pas au grief de non continuité dans l'appréciation de l'invalidité eu égard aux cas analogues au sien qu'il avait invoqués. Il fait également valoir, relativement au droit d'être entendu, que la décision attaquée n'explique pas minutieusement les motifs du rejet de son droit à une rente d'invalidité. L'autorité inférieure n'aurait donc pas respecté son obligation de motiver sa décision.

#### **E. 4.2**

De nature formelle, le droit d'être entendu est une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée sans égard aux chances de succès du recours sur le fond (Andreas Auer / Giorgio Malinverni / Michel Hottelier, Droit constitutionnel suisse, volume II, Les droits fondamentaux, 3ème éd., 2013, n° 1358; Jacques Dubey / Jean-Baptiste Zufferey, Droit administratif général, 2014, n° 1982 ss; cf. également ATF 134 V 97; 135 I 279 consid. 2.6.1). En effet, si l'autorité de recours constate la violation du droit d'être entendu, elle renvoie la cause à l'instance inférieure, qui devra entendre la personne concernée et adopter une nouvelle décision, quand bien même sur le fond celle-ci ne s'écartera pas de la solution qu'elle avait retenue lors de la décision annulée (cf. ATF 125 I 113 consid. 3). Le droit d'être entendu, inscrit à l'art. 29 al. 2 Cst. comprend

le droit de s'exprimer, le droit de consulter le dossier, le droit de faire administrer des preuves et de participer à l'administration de celles-ci, le droit d'obtenir une décision motivée et, cas échéant, le droit de se faire représenter ou assister (cf. ATF 137 IV 33 consid. 9.2; 136 I 265 consid. 3.2 et réf. cit.; ATAF 2010/35 consid. 4.1.2). Le droit d'être entendu est consacré, en procédure administrative fédérale, par les art. 26 à 28 PA (droit de consulter les pièces), les art. 29 à 33 PA (droit d'être entendu stricto sensu) et l'art. 35 PA (droit d'obtenir une décision motivée) ainsi qu'en matière d'assurances sociales aux art. 42 LPGA (droit d'être entendu) et 52 al. 2 LPGA (motivation des décisions sur opposition). S'agissant plus particulièrement du devoir pour l'autorité de motiver sa décision, le but est que le destinataire puisse la comprendre, l'attaquer utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle (ATF 133 I 270 consid. 3.1; 133 III 439 consid. 3.3; arrêt du TF 1C\_308/2010 du 20 décembre 2010 consid. 3.1.2, non publié aux ATF 137 IV 25; ATAF 2010/35 consid. 4.1.2). Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 135 III 670 consid. 3.3.1; 134 I 83 consid. 4.1; 133 III 439 consid. 3.3). Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuves et griefs invoqués par les parties. Elle peut au contraire se limiter à ceux qui peuvent être tenus comme pertinents. Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 136 I 229 consid. 5.2; 136 I 184 consid. 2.2.1; 135 V 65 consid. 2.6 et les arrêts cités ; ATAF 2010/35 consid. 4.1.2).

#### **E. 4.3**

En l'espèce, l'autorité inférieure a transmis au recourant les expertises des Drs F.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ des 27 et 29 octobre 2012 sur lesquelles elle s'est fondée essentiellement pour rejeter, dans son projet de décision du 6 décembre 2012 et plus tard dans sa décision le droit à des prestations. L'intéressé en a eu connaissance en janvier 2013 bien avant la décision dont est recours du 11 juillet 2013. Dans ses écritures l'autorité inférieure ne s'est effectivement pas prononcée sur les griefs de l'assuré en référence à d'autres cas d'assurance, au sujet desquels l'assuré avait produit des rapports médicaux (pces 116-135), ni ne s'est prononcée sur le jugement IV61040 de l'ancienne Commission fédérale de recours de 2006 que l'intéressé a estimé présenter un cas analogue au sien. S'agissant des rapports médicaux invoqués concernant d'autres personnes, il est manifeste que l'autorité inférieure n'avait pas à les prendre en considération car il ne s'agissait là que de rapports médicaux s'inscrivant dans une appréciation contradictoire et non de jugements établissant le droit à des prestations. Concernant la jurisprudence invoquée par le recourant, le grief n'est pas sans pertinence car une autorité peut être invitée à se déterminer quant à la raison pour laquelle elle ne suivrait pas une jurisprudence alléguée raisonnablement à l'appui d'une cause.

#### **E. 4.4**

En dépit du caractère formel du droit d'être entendu, le Tribunal peut exceptionnellement renoncer au renvoi de la cause à l'administration lorsqu'il représenterait une vaine formalité et conduirait à des retards inutiles qui ne seraient pas conciliables avec l'intérêt de la partie concernée à un examen diligent de son cas (cf. ATF 136 V 117 consid. 4.2.2.2; ATAF 2010/35 consid. 4.3.1). Dans le cas présent, le Tribunal de céans pourra se prononcer en droit sur le grief de discrimination invoqué par le recourant à l'appui de la comparaison de

jurisprudence qu'il invoque. Il ne se justifie dès lors pas d'annuler la décision attaquée pour cause de violation du droit d'être entendu. Il reste donc à examiner si c'est à bon droit que l'autorité inférieure a refusé d'allouer des prestations AI au recourant.

### **E. 5.1**

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). Le présent examen du droit à la rente est ainsi soumis, d'une part, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 à la teneur de la LAI selon la 4ème révision entrée en vigueur le 1er janvier 2004, vu le dépôt de la demande de rente du 12 juin 2007 qui s'est soldée par l'arrêt du Tribunal de céans du 13 janvier 2012 ayant annulé la décision du 19 novembre 2009 et requis un complément d'instruction, et, d'autre part, à la teneur de la 5ème révision de la LAI pour la période à compter du 1er janvier 2008 jusqu'au 31 décembre 2011 et à la teneur de la 6ème révision de la LAI (premier volet) jusqu'à la date de la décision dont est recours, soit le 11 juillet 2013 (ATF 130 V 445 et les références; voir ég. l'arrêt du TF I 404/05 du 19 septembre 2006 consid. 3). Les dispositions citées ci-après sont sauf précision contraire celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 étant précisé que l'application du droit de la 5ème révision de la LAI à compter du 1er janvier 2008 ne modifie pas la notion d'invalidité, ni la manière d'évaluer le taux d'invalidité (cf. arrêt du TF 9C\_942/2009 du 15 mars 2010 consid. 3.1) et qu'il en va de même des dispositions de la 6ème révision (premier volet) en vigueur à compter du 1er janvier 2012. En d'autres termes les dispositions applicables à compter du 1er janvier 2008 (RO 2007 5129, FF 205 4215) et du 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) ne seraient pas plus favorables au recourant que celles applicables jusqu'au 31 décembre 2007, ce qui motive l'énoncé dans le présent arrêt en principe des seules dispositions de la 4ème révision de la LAI.

### **E. 5.2**

Le recourant a déposé sa demande de rente le 12 juin 2007. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'ancien art. 48 al. 2 LAI prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Concrètement le Tribunal peut se limiter, en l'espèce, à examiner si le recourant avait droit à une rente au plus tard rétroactivement le 12 juin 2006 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 11 juillet 2013, 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.).

### **E. 6**

Selon les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, pour avoir droit à une rente de l'assurance invalidité suisse, tout requérant doit remplir, lors de la survenance de l'invalidité, cumulativement les conditions suivantes : - être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA, art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) et - 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 en vigueur depuis le 1er janvier 2008). Dans le cas concret, A. \_\_\_\_\_, remplit la condition liée à la durée minimale de cotisations, ayant cotisé en Suisse de 1973 à 1998 (cf. pce TAF 17). Il reste à examiner si l'assuré est invalide au sens de la loi.

### **E. 7.1**

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

### **E. 7.2**

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Toutefois (sous réserve d'accord conventionnel divergeant, condition non remplie selon l'art. 5 al. 2 de la Convention de sécurité sociale entre la Suisse et la Croatie), 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 (art. 13 LPGA) en Suisse (art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI).

### **E. 7.3**

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA auquel renvoie l'art. 28a al. 2 LAI, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu hypothétique que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui hypothétique qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

### **E. 7.4**

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI (le consid. 7.2 supra est réservé), 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; voir ATF 121 V 265 ss). 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 affectant la capacité de gain dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 LAI), la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2 et les références). Une atteinte labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les réf.; arrêt du TF I 342/05 du 27 juillet 2005).

### **E. 7.5**

Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI (cf. chiffre marginal 2016 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impuissance dans sa version applicable au 31 décembre 2007; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

### **E. 8.1**

Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, le risque assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

### **E. 8.2**

En l'espèce, l'intéressé a travaillé en dernier lieu comme chauffeur livreur avec des ports de charges importantes. Dans les rapports médicaux établis par les médecins consultés par le recourant et les médecins requis par l'OAIE de se déterminer, il est notamment fait état de dorsalgies, atteintes dégénératives de la colonne vertébrale, douleurs à l'épaule gauche, épilepsie. Or, à défaut d'un état de santé stabilisé, la lettre a de l'art. 29 al. 1 LAI est inapplicable ; seule peut entrer en considération la lettre b de cette disposition légale prévoyant une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail relevante pour la détermination du début du droit à la rente.

### **E. 9.1**

Selon l'art. 43 al. 1, 1ère phrase LPGA l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'art. 69 RAI précise pour l'AI 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. 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 134 V 231 consid. 5.1, ATF 125 V 351 consid. 3a et les références; arrêt du TF 8C\_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3). Au demeurant, 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 125 V 351 consid. 3). L'art. 44 LPGA prévoit le recours, cas échéant, à des experts indépendants, notamment en matière d'AI quand une expertise se révèle nécessaire pour clarifier les aspects médicaux du cas. En règle générale, l'administration ne pourra pas se départir d'un rapport médical lorsqu'il est établi par des spécialistes reconnus sur la base d'observations

approfondies et d'investigations complètes et en pleine connaissance du dossier et lorsqu'aucun indice concret permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4; ATF 122 V 157 consid. 1c; arrêt du TF 8C\_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3; Valterio, op. cit., n° 2891 ss). La valeur probante d'une expertise est liée à la condition que l'expert dispose de la formation nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. Valterio, op. cit. n° 2912; arrêts du TF 9C\_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3, 9C\_53/2009 du 29 mai 2009 consid. 4.2 et les références).

### **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. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête du fait qu'une expertise de partie n'a pas la même valeur que les expertises mises en oeuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables (arrêt du TF 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un rapport médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Les rapports médicaux établis sur la personne par les SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI peuvent avoir valeur d'expertise médicale s'ils répondent aux exigences matérielles et formelles requises par la jurisprudence et ont même valeur probante que d'autres expertises (ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4; arrêt du TF 9C\_323/2009 consid. 4.3.2 et les références, 9C-600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 3). Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; 123 V 175 consid. 3d; 125 V 351 consid. 3b ee; 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 divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

### **E. 9.4**

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. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. 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. arrêts du TF 9C\_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 s.; 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; Valterio, op. cit. n° 2920 ss). Des rapports SMR sur dossier, pour avoir valeur probante, présupposent que le dossier contienne l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (exposé complet de l'anamnèse, exposé de l'évolution de l'état de santé et du status actuel) et qu'il ne se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi et non contesté, donc l'existence d'un état de santé pour l'essentiel stabilisé médicalement établi par des spécialistes, l'examen direct de l'assuré par un médecin spécialisé n'étant ainsi plus au premier plan (cf. les arrêts du TF 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015; 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 2015 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 (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d, arrêts du TF 9C\_20/2015 du 8 juin 2015 consid. 3.3, 9C\_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1; Valterio, op. cit. n° 2920).

### **E. 9.5**

Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les rapports sur dossier du SMR ne peuvent généralement pas constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3; 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.2 et 4.3 et 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2; Valterio, op. cit. n° 2920).

### **E. 10.1**

Le Tribunal de céans a annulé par arrêt du 13 janvier 2012 la décision de rejet de prestation de l'OAIE du 19 novembre 2009, et renvoyé le dossier à l'autorité inférieure pour complément d'instruction, au motif que celle-ci n'avait pas établi suffisamment la capacité de travail résiduelle de l'intéressé dans une activité adaptée en position alternée assis / debout avec limitation dans le port / soulèvement de charges et limitation dans les mouvements du corps, ni pris en compte dans les activités de substitution l'incidence de l'épilepsie pour laquelle l'assuré était traité, ni motivé l'abattement de revenu de 20% dans les activités de substitution.

### **E. 10.2**

Suite au rapport d'expertise du 29 octobre 2012 du Dr E. \_\_\_\_\_, il appert que l'intéressé, qui n'avait pas consulté sur le plan rhumatologique depuis 2009, ce qui dénote un état de santé sous contrôle personnel, présente, sur le plan rhumatologique, notamment un syndrome chronique lombovertébral irradiant dans le membre inférieur droit et des douleurs à l'épaule gauche à l'effort léger en raison d'une arthrose acromio-claviculaire débutante et d'une pathologie au niveau de la coiffe des rotateurs, les atteintes étant objectivées par des radios. Dans son rapport le Dr E. \_\_\_\_\_ a noté les plaintes de douleurs multiples de l'intéressé, mais a également indiqué des constatations de possibilités de mouvements et tenues de positions (notamment marche sur les talons non douloureuse, accroupissement à 90° des deux côtés, dés/habillage chaussage sans trop de difficultés vu les pantalons, chaussettes et chaussures enlevés/mis en position unipodale; une "marche à petit pas" en contradiction avec les constats du Dr F. \_\_\_\_\_ qui a relevé dans son rapport du 27 octobre 2012 une bonne déambulation avec possibilité de marcher sur les talons et les pointes des pieds; cf. ég. le rapport de sortie de thalassothérapie du 15 août 2012 et le rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ même du 28 janvier 2013 qui mentionnent une marche normale, le Dr D. \_\_\_\_\_ indiquant de plus la possibilité de marcher sur les talons et les pointes des pieds). Il en résulte que si, comme le Dr E. \_\_\_\_\_ le relève, l'intéressé ne peut plus exercer son ancienne activité de chauffeur-livreur, l'intéressé peut encore exercer à plein temps une activité adaptée légère permettant des positions alternées, sans port de charges de plus de 2-3 kg, sans travail au-dessus du niveau de la tête, sans devoir s'agenouiller, sans devoir travailler penché en avant et pivoter le haut du corps. De son côté le Dr F. \_\_\_\_\_, dans son rapport neurologique du 27 octobre 2012, prit acte des plaintes multiples de douleurs, mais constata également une distance doigt-sol de 35 cm, une mobilité des membres inférieurs conservée, un tonus musculaire paravertébral lombaire et paravertébral cervical plus accentué à gauche (côté de l'épaule pourtant déclarée douloureuse), un Lasègue négatif, une bonne déambulation avec possibilité bilatérale de marcher sur la pointe des pieds et les talons, un status d'épilepsie maîtrisée par un bon suivi médicamenteux. De son appréciation il indiqua à l'instar du Dr E. \_\_\_\_\_ que, si l'intéressé ne pouvait plus exercer son ancienne activité, il lui était possible d'exercer à plein temps une activité plus légère adaptée permettant des changements de position debout/assis sans position disaxiale du corps, sans propre danger et danger pour autrui en raison de l'épilepsie et sans cadence à tenir. In fine du rapport du Dr F. \_\_\_\_\_, les Drs E. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, suite à une conférence de consensus, ont confirmé l'incapacité de travail totale de l'assuré dans sa dernière activité et une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Se prononçant sur la question de savoir depuis quand son appréciation médicale pouvait être retenue, le Dr E. \_\_\_\_\_ indiqua le jour de l'expertise, soit le 10 septembre 2012, et nota que celle-ci pouvait être semblable peu après la phase de réhabilitation ayant suivi l'intervention médicale de 2007 avec une limitation de poids un peu plus élevée. Pour la période antérieure il indiqua ne pouvoir se déterminer, mais supputer des limitations plus importantes.

### **E. 10.3**

De son côté le recourant se réfère principalement aux rapports médicaux du Dr D. \_\_\_\_\_, lequel relève notamment dans son rapport du 28 janvier 2013 les douleurs de l'intéressé semblables à celles relevées par les Drs E. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, nouvellement des douleurs cervicales, mais aussi un status du système locomoteur pour l'essentiel comparable

avec celui établi par les Drs E. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, une marche normale avec possibilité de marcher sur la pointe des pieds et les talons, une force motrice uniforme avec un affaiblissement d'un tiers de la force physiologique, un Lasègue positif à 50° bilatéral (cf. le status établi le 5 mai 2009 en grande partie comparable; la nouvelle atteinte à l'épaule gauche fut prise en compte par les Drs E. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ et relevée dans le rapport de sortie de la Clinique de thalassothérapie). Dans son dernier rapport le Dr D. \_\_\_\_\_ fait certes état d'un tableau clinique invalidant par un diagnostic détaillé, mais il est superposable à celui des Drs E. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ établis trois mois auparavant. Dr D. \_\_\_\_\_ conclut que le patient est incapable de soulever et de porter des charges, d'accomplir des tâches dans des positions non physiologiques, de rester en position assise ou debout prolongée, d'effectuer des marches prolongées et qu'il n'a plus de capacité de travail résiduelle. Toutefois cette appréciation de la capacité de travail, des capacités fonctionnelles qui n'est ni motivée ni discutée sur le plan médical par le Dr D. \_\_\_\_\_ ne peut pas être retenue comme telle, car elle est en contradiction avec le constat objectif initial d'un status locomoteur avec une marche normale, la possibilité de marcher sur la pointe des pieds et les talons et d'être en mesure d'accomplir des tâches en position physiologique respectant les limitations fonctionnelles. Elle n'est ainsi pas apte à mettre en doute l'appréciation objective et motivée des experts Drs E. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_. L'appréciation du Dr D. \_\_\_\_\_ est de plus en contradiction avec les constatations objectives des Drs E. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ qui ont relevé la possibilité pour l'assuré de tenir des positions disaxiales lors du des/habillage et chaussage, de rester assis le temps de la consultation. L'appréciation du Dr D. \_\_\_\_\_ n'est pas non plus compatible avec les activités quotidiennes du recourant qui selon ses indications non contestées s'occupe d'une dizaine de moutons avec les contraintes physiques liées, se promène avec un gros chien avec des contraintes physiques potentielles, fait des trajets d'environ une heure et demie en voiture avec les contraintes physiques liées, fait les emplettes à pied dans un magasin de la région, ce qui suppose le port de charges. Il s'ensuit que pour la période à évaluer jusqu'à la décision attaquée une activité légère adaptée à plein temps permettant des positions alternées sans marche prolongée est possible et exigible du point de vue médical selon les experts en octobre 2012 même si l'intéressé doit endurer quelques douleurs surmontables en cours de journée. Il convient ici également de rappeler que l'atteinte à la colonne lombaire est stationnaire depuis 2009, les examens du Dr D. \_\_\_\_\_ du 5 mai 2009 et du 28 janvier 2013 étant superposables, et de relever que les douleurs de l'intéressé ne sont d'ailleurs pas marquées au point d'être difficilement supportables preuve en est que l'intéressé n'avait pas consulté un rhumatologue depuis 2009 comme cela ressort du rapport du Dr E. \_\_\_\_\_ du 29 octobre 2012 et que le Dr D. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 28 janvier 2013 mentionne un traitement médicamenteux suivi pour l'épilepsie et des maux de tête mais non la prise de médicaments en raison des maux de dos.

#### **E. 10.4**

Dans son arrêt du 13 janvier 2013 le Tribunal de céans avait expressément requis une détermination quant à l'épilepsie évoquée par la Dresse C. \_\_\_\_\_, atteinte qui n'avait pas été prise en compte par l'OAIE et son service médical. Il appert du complément d'instruction que cette atteinte est maîtrisée par un suivi médicamenteux et que l'intéressé ne doit pas exercer une activité professionnelle avec des machines dangereuses pour lui et autrui en raison de cette atteinte à la santé.

#### **E. 10.5**

Dans le cadre de ce dossier la question de savoir quel était la charge que l'intéressé pouvait porter a été discutée du fait qu'il y a eu une divergence d'appréciation de 0 à 15 kg comme l'a relevé le service juridique de l'OAIE. Si l'indication de 15 kg paraît être une erreur de frappe dans le cadre des charges retenues et discutées de 2-3 à 5 voire 10 kg, le Tribunal retient qu'il appert du dossier qu'au final une limite de charge de 2-3 kg a été retenue, selon l'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_, pour l'évaluation économique de l'invalidité et que celle-ci peut être confirmée pour les motifs évoqués par le Dr G. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 11 juin 2013 et repris dans la décision attaquée. Comme on l'a vu l'appréciation du Dr D. \_\_\_\_\_ selon laquelle l'intéressé ne pourrait rien porter ne peut être suivie. Celle-ci est contredite également par les activités quotidiennes de l'assuré.

### **E. 10.6**

Enfin le recourant fait valoir que sa capacité de travail serait d'au plus 60% dans une activité adaptée et qu'en conséquence il devrait lui être reconnu une invalidité de 50% au moins. Les experts Drs E. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ ont cependant tous deux retenus une capacité de travail entière dans une activité légère adaptée. Il n'apparaît pas du dossier d'éléments permettant de retenir une capacité de travail restreinte dans la mesure d'une activité effectivement légère et adaptée. Une limitation d'activité dans le temps ne peut donc être retenue. L'appréciation de la Dresse C. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, du 7 février 2008, ayant retenu une incapacité de travail de 70% remonte au temps des troubles épileptiques qui s'ajoutaient aux autres troubles de santé de l'intéressé, or l'épilepsie par la suite maîtrisée s'est avérée non invalidante dans une activité adaptée. L'incapacité totale de travail retenue par le Dr D. \_\_\_\_\_ en 2013 est ainsi en contradiction avec les indications quant à la mobilité de l'assuré relatées dans le rapport d'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_. Les conditions d'une activité légère adaptée doivent donc être retenues pour l'appréciation économique de l'invalidité de l'assuré et recourant au moment de l'expertise des Drs E. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ et rétroactivement au 1er novembre 2007 comme l'a indiqué le Dr E. \_\_\_\_\_, l'épilepsie ayant été sous contrôle et étant sans incidence sur la capacité de travail dans la mesure où l'activité exercée l'est sans usage de machine dangereuse pour l'assuré et autrui. Sont déterminantes pour l'assurance-invalidité non les atteintes en elles-mêmes à la santé mais leurs incidences sur la mobilité en général et la capacité de travail de l'assuré.

### **E. 11.1**

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. Les deux revenus doivent être déterminés de façon objective. Des aspects étrangers à l'invalidité doivent être soit ignorés, soit pris en considération dans une mesure identique pour les deux revenus de référence (Valterio, op. cit., n° 2061; ATF 129 V 222 consid. 4.4). En particulier les conditions d'une situation de marché de travail difficiles ne peuvent affecter l'évaluation de la capacité de travail pour l'examen du droit à une rente de l'assurance-invalidité.

### **E. 11.2**

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. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de gain sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt du TF 9C 804/2014 du 16 juin 2015 consid. 7.2 et les références; arrêt du TF 9C\_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2).

### **E. 11.3**

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'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS).

### **E. 11.4**

Le gain d'invalide est une donnée théorique, il est évalué sur la base de statistiques de l'ESS relativement aux activités lucratives médicalement exigibles. 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 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6 et arrêt du TF 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. 11.5**

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). Le revenu d'invalide doit être comparé au moment déterminant, soit le moment théorique de la naissance du droit à la rente, avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vraisemblance prépondérante si elle était en bonne santé; les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente doivent être prises en compte jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1, 4.3.1).

### **E. 12.1**

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 2007 vu que le droit à la rente aurait pu cas échéant s'ouvrir au 1er novembre 2007 vu le dépôt de la demande du 12 juin 2007 (cf. pce 1), l'examen rétroactif au 1er juin 2006 (selon le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) et la date du 7 novembre 2007 retenue par l'OAIE des actes médicaux comme étant la date à laquelle l'intéressé n'avait plus de capacité de travail dans son activité habituelle après le délai d'attente d'une année mais disposait d'une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée à son état de santé (7 mois après l'opération de la hernie discale; cf. pce 35). 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; supra consid. 7.4 / 8.2).

### **E. 12.2**

Le salaire annuel de l'assuré dans sa dernière activité de chauffeur livreur exercée jusqu'en avril 1996 a été en 1995 de 58'733.- francs, soit par mois de 4'894.42 francs. Ce salaire (valeur 1995 : indice 1789 sur base 1939: indice 100) indexé valeur 2007 (indice 2047) se serait monté en 2007 à 5'600.26 francs. Pour comparaison il y a lieu de relever que le salaire d'un chauffeur-livreur en 2007 était pour un employé spécialisé (niveau 3), tel l'assuré avec une longue expérience, selon l'ESS 2006, pour 40 h./sem. de 5'040.- francs et en 2007 (+1.7%) de 5'125.68.- francs. Pour 42.7h./sem. (temps de travail dans la branche) en 2007 ce salaire était de 5'471.66 francs. Dans le cadre de la comparaison des revenus, le salaire effectif indexé 2007 de 5'600.26.- francs, à l'avantage de l'assuré, sera donc retenu.

### **E. 12.3**

Le salaire après invalidité doit être fixé sur la base des données statistiques résultant de l'ESS 2006 (table TA1) indexé 2007. En l'occurrence les activités de substitution possibles ne peuvent pas s'inscrire dans la détermination du revenu moyen toutes branches confondues des hommes dans le secteur privé pour des activités simples et répétitives (niveau 4) à 100% (soit Fr. 4'732.- par mois pour 40 h./sem. ou Fr. 4'933.11 pour 41.7 h./sem. selon le temps de travail moyen en 2006 indexé 2007 [+1.7%] à Fr. 5'016.97) car l'assuré ne peut accomplir que des tâches légères sans port de charges de plus de 2-3 kg ni sollicitation du rachis avec possibilité de changements fréquents de position. Il y a lieu plus spécifiquement de retenir, à l'instar de l'OAIE en 2008 (pce 37) pour 40h./sem. les revenus pour des activités simples et répétitives (niveau 4) selon l'ESS 2006 des branches "Commerces de détails, réparation d'articles domestiques" (Fr. 4'383.-), "Services fournis aux entreprises" (Fr. 4'563.-), "Autres services collectifs et personnels" (Fr. 4'259.-), soit en moyenne 4'401.67.- francs. Pour 41.7 h./sem., selon la moyenne horaire 2007 du secteur tertiaire qui peut être retenu, ce montant s'élève à 4'588.74.- francs. Indexé 2007 ([1.7 + 2.1 + 1.3] : 3 = 1.7%) ce montant s'élève à 4'666.74.- francs. Par ailleurs il y a lieu de prendre encore en compte un abattement sur le revenu d'invalidité. L'OAIE a appliqué pour raison d'âge, de limitations fonctionnelles et de limitations aux activités légères un abattement de 20% dans son calcul de l'invalidité en 2008 (pce 37). Celui-ci peut être retenu. Il s'ensuit un revenu avec invalidité en 2007 de 3'733.39 francs. Un certain nombre d'activités légères (commerce de détails, petites réparation, activité diverses légères de soutien aux entreprises) pouvaient/peuvent être exercées en position assise et debout alternées autorisant le changement fréquent de position, sans port et manipulation de charges de plus de 2-3 kg, sans provoquer des sollicitations répétées du rachis, de sorte que ces activités étaient/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. S'il est vrai que les limitations de l'intéressé ne lui permettent pas d'exercer toutes activités dites légères, il sied également de relever que d'autres personnes avec des formations spécifiques sont aussi confrontées à un marché du travail restreint mais existant.

#### **E. 12.4**

En comparant le salaire avant invalidité indexé 2007 de 5'600.26.- francs par mois avec celui après invalidité de 3'733.39 francs, on obtient une perte de gain de 33.33% ( $(5'600.26 - 3'733.39) : 5'600.26 \times 100$ ) arrondie à 33%. Ce taux qui n'atteint pas 50% (cf. supra le consid. 7.2) n'ouvre pas le droit à une demi-rente. Même en procédant à l'abattement maximal de 25% sur le salaire d'invalidé, le revenu qui en résulterait de 3'500.05 francs (Fr.  $4'666.74 - 25\%$ ) ne permettrait pas d'atteindre un taux d'invalidité égal ou supérieur à 50% ouvrant le droit à une demi-rente ( $(5'600.26 - 3'500.05) : 5'600.26 \times 100 = 37.50\%$ ). Indexés valeurs 2013 (indice 2204), année de la décision dont est recours, les revenus comparés précités n'ouvrent pas non plus, après le résultat de la comparaison, le droit à une demi-rente d'invalidité. Il sied de relever que dans son calcul du taux d'invalidité effectué en décembre 2008 l'OAIE était parvenue à un taux de 25.33% (pce 37). La différence en question résulte notamment du fait que l'OAIE avait pris pour base de calcul en 2008 comme salaire avant invalidité, de façon incorrecte, le revenu selon l'ESS 2006 dans la branche des transports terrestres niveau 4 (activités simples et répétitives) en lieu et place du revenu effectif de l'assuré qui était nettement plus élevé et qui devait être pris en compte (cf. supra le consid. 11.2).

#### **E. 13.1**

D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés, y compris dans les tâches ménagères (ATF 130 V 97 consid. 3.3 et les références; arrêt du TF I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4). Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (arrêts du TF I 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.3, in SVR 2007 IV n° 1 p. 1; I 11/00 du 22 août 2001 consid. 5a/bb, in VSI 2001 p. 274).

#### **E. 13.2**

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 consid. 3.3). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt du TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts du TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt du TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. arrêts du TF 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3; 9C\_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2; 9C\_437/2008 du 19 mai 2009 consid. 4 et I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références).

### **E. 13.3**

L'âge avancé fait partie des critères qui, bien que ne constituant pas une atteinte à la santé, doivent être pris en considération au moment d'évaluer l'exigibilité d'une activité adaptée sur un marché équilibré du travail. Le Tribunal fédéral a confirmé dans son arrêt du 4 septembre 2013 (9C\_88/2013) sa jurisprudence selon laquelle on peut considérer qu'à partir de 60/61 ans les possibilités réalistes de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré sont maigres sans cependant être inexistantes, une appréciation dans chaque cas d'espèce s'imposant (arrêts du TF 9C\_918/2008 du 28 mai 2009; 9C\_437/2008 du 19 mars 2009; I 819/04 du 27 mai 2005; voir ég. 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 et U 218/96 12 juin 1997 s'agissant d'assurés de près de 60 ans). Il sied de

relever que l'intéressé, âgé de 57 ans en 2007, présentait au 1er novembre de cette année, date de l'ouverture possible théorique du droit à la rente, un status stabilisé certes avec des limitations fonctionnelles mais non une incapacité de travail pour toutes activités. La mise à profit de sa capacité de travail résiduelle au 1er novembre 2007 était donc exigible et cette exigibilité a été constatée dans le rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 11 novembre 2008 et confirmée dans le rapport d'expertise des Drs E. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ des 27/29 octobre 2012 au jour de l'expertise avec une limitation de port de poids de 2-3 kg, étant relevé qu'auparavant elle devait avoir été semblable avec une limitation de poids quelque peu plus élevée. Dans le cadre de cette appréciation et de celui de la capacité de réinsertion personnelle, il y a lieu de relever que l'intéressé était motorisé en mesure d'effectuer des trajets d'environ une heure et demie au moment de l'expertise menée par les Dr E. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ et l'était également certainement auparavant en 2007. Rien au dossier ne démontre le contraire. Le fait aussi pour une personne sans trouble psychologique, orientée, en mesure de se promener avec un grand chien, nécessitant cas échéant de le retenir, et le fait de s'occuper d'une dizaine de moutons, dénotent une capacité de travail exploitable.

#### **E. 14**

Dans son recours l'intéressé s'est référé à une jurisprudence de l'ancienne Commission fédérale de recours en matière d'AVS/AI pour les assurés résidents à l'étranger IV 61040 du 15 septembre 2006 faisant valoir que dans ce cas, semblable au sien, le tribunal avait accordé à l'assuré une demi-rente et qu'il y avait là une inégalité de traitement. Le grief du recourant ne peut être retenu car dans le cas énoncé, dont le diagnostic de l'assuré concerné est par ailleurs fondamentalement différent de celui de l'intéressé, la comparaison de revenus s'est établie sur la base d'une activité avec invalidité exercée à 80% en raison des atteintes cardiaques de l'assuré. Ce qui a nécessairement une incidence sur le degré d'invalidité. Or dans le cas présent les experts de Bâle ont été unanimes à retenir une activité légère adaptée à plein temps. Puis les juges de la cause citée par référence ont rectifié l'évaluation économique de l'invalidité par la prise en compte d'une activité antérieure à l'invalidité différente de celle retenue à tort par l'administration qui était plus basse. Enfin ils ont augmenté l'abattement du revenu d'invalidité de 5% (passant de 20 à 25%) en raison d'une composante psychiatrique qui ne pouvait être ignorée. L'ensemble de ces modifications dans le calcul de l'invalidité a fait que le taux d'invalidité initialement reconnu à l'assuré de 37% a été porté à 52%. Le cas auquel se réfère le recourant est sans lien avec la présente cause et le recourant ne peut en tirer un grief de discrimination dans l'évaluation de l'invalidité.

#### **E. 15**

Vu ce qui précède le recours est rejeté et la décision attaquée confirmée, l'assuré n'ayant pas présenté depuis novembre 2007 une incapacité de travail dans une activité adaptée entraînant une incapacité de gain égale ou supérieure à 50% du revenu de son activité antérieure.

#### **E. 16.1**

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. 16.2**

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.