

BVGer C-5031/2008 vom 5. März 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-03-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5031_2008

FR: TAF C-5031/2008 du 5 mars 2010

IT: TAF C-5031/2008 del 5 marzo 2010

Regeste

Assurance-invalidité (AI)

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la Loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) concernant l'octroi de prestations d'invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), celui-ci est dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

E. 1.2

En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, 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 la présente 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. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que 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

Pour le surplus, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable quant à la forme.

E. 2

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (cf. art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. 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 Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. 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, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 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).

E. 3.1

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. 3.2

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. 3.3

De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (Arrêt du Tribunal fédéral [TF] 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. En effet, selon l'art. 40 par. 4 du Règlement (CEE) n° 1408/71, la décision prise par l'institution d'un Etat membre au sujet de l'état d'invalidité d'un requérant ne s'impose à l'institution de tout autre Etat membre concerné, qu'à la condition que la concordance des conditions relatives à l'état d'invalidité entre les législations de ces Etats soit reconnue à

l'annexe V, ce qui n'est pas le cas pour les relations entre la Suisse et chacun des autres États membres (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Toutefois, conformément à l'art. 40 du Règlement (CEE) n° 574/72, lors de l'évaluation du degré d'invalidité, l'institution d'un État membre doit prendre en considération les documents et rapports médicaux ainsi que les renseignements d'ordre administratif recueillis par l'institution de tout autre État membre. Chaque institution conserve néanmoins la faculté de faire procéder à l'examen du requérant par un médecin de son choix.

E. 3.4

La décision litigieuse est datée du 19 juin 2008. S'agissant du droit applicable, il convient donc encore de préciser que le 1er janvier 2008 les modifications de la LAI introduites par la nouvelle du 6 octobre 2006 (5e révision) 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), si le cas d'assurance survient avant le 1er janvier 2008, ce sont les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 qui s'appliquent. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 246 consid. 1a et les arrêts cités). En l'espèce, la recourante a déposé une demande de prestations AI le 27 mars 2007, auprès des autorités compétentes espagnoles. Cette date est déterminante conformément à l'art. 86 in fine du Règlement (CEE) n° 1408/71 qui prescrit que la date à laquelle les demandes, les déclarations et recours ont été introduits auprès d'une autorité ou d'une juridiction du second État est considérée comme la date de l'introduction auprès de l'autorité, de l'institution ou de la juridiction compétente pour en connaître. Dans sa demande, elle se prévalait d'une atteinte à la santé ayant pris naissance en mai 2005. Partant, les dispositions topiques sont donc citées dans le présent arrêt dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (cf. arrêt du 8C-48/2009 du 28 avril 2009 consid. 4).

E. 4

Selon les normes en vigueur au moment des faits, 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 et 4, 28, 29 al. 1 LAI), - compter une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si et dans quelle mesure elle est invalide.

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 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

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 peut aussi

relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de 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.

E. 5.3

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%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

E. 5.4

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité de gain 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 ss). D'après la jurisprudence constante du TF, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2; ATF 99 V 98 consid. 1; ATF 96 V 42 consid. 1). Le délai d'attente selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail de 20% (cf. chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans sa teneur au 1er janvier 2004 ; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

E. 5.5

Aux termes des art. 8 LPGGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le TF a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

E. 6.1

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. L'art. 69 RAI prescrit que l'Office AI 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. 6.2

La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui appartient de

décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. C'est l'administration qui doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective (ATF 113 V 22 consid. 4a, ATF 109 V 25; JÜRIG MAESCHI, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung [MVG] vom 19. Juni 1992, no 38 ss p. 320). Cela étant, lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (VSI 1998 p. 296 consid. 3b; arrêt du TF I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2)

E. 6.3

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 351 consid. 3a et les références).

E. 7.1

En l'espèce, la décision litigieuse se fonde essentiellement sur la prise de position du 5 juin 2008 du Dr. E._____ de l'OAIE qui exclut la reprise de l'ancienne activité mais qui estime que, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la recourante est apte à travailler à 80%. A noter que dans sa première détermination, le Dr. E._____ avait retenu que l'exercice d'une activité de substitution était exigible à plein temps. Or, les pièces médicales qui l'ont amené à modifier le taux de rendement figuraient déjà dans le dossier avant la procédure d'audition (cf pces 13 et 14 qui se retrouvent en 29 et 30). Il s'agit de documents datant de 2007 qui établissent que malgré les traitements réhabilitant (cf pces 26 à 28), la recourante souffre encore, deux ans après son opération, de douleur, de rigidité à la cheville et d'oedème résiduel. Le Dr. E._____ conclut que la position assise peut accroître l'intumescence et que des pauses régulières sont nécessaires, raisons pour lesquelles il réduit de 20% le taux d'occupation dans une activité adaptée. Le seul autre avis médical s'exprimant au sujet de la capacité de travail résiduel de la recourante est celui de la Dresse D._____ de l'INSS qui admet une capacité complète dans un travail respectant les limitations fonctionnelles. La recourante ne produit aucun document qui contredit les positions du Dr. E._____ et de la Dresse D._____ ou qui apporterait un doute quant à leur pertinence. Le tableau clinique que ces deux médecins retiennent correspond en tous points à celui qui ressort de la documentation transmise par la recourante. Le diagnostic n'est pas contesté, tous les avis corroborent. En dehors des séquelles pour lesquelles l'autorité exclut la reprise de l'activité d'agricultrice indépendante et concède une réduction de 20% dans une activité adaptée, il sied de remarquer que les pronostics sont plutôt favorables

quand bien même l'assurée se déplaçait encore en 2007 avec des cannes. Le Dr B. _____ évoque un bon repositionnement des fractures et les radiographies effectuées en 2007 ne mettent pas en évidence de complications particulières.

E. 7.2

Il s'en suit que la Cour de céans ne voit pas de motif de s'écarter de la décision de l'autorité inférieure. A ce sujet, il sied d'emblée de rappeler qu'en application du 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 avec les références). A ce titre, le Tribunal fédéral (des assurances) a jugé admissible d'exiger d'une personne travaillant de manière indépendante qu'elle abandonne son activité et qu'il était raisonnable lors de l'évaluation de l'invalidité de prendre en compte le salaire qu'elle pourrait ainsi obtenir dans une activité dépendante (cf. arrêt du TF I 204/05 du 29 septembre 2005 consid 5.2.1).

E. 8.1

Il convient donc encore d'examiner la perte de gain que la recourante subirait dans l'exercice d'une activité exigible à 80%. Il sied de remarquer dans ce contexte que c'est à juste titre que l'autorité inférieure s'est référée dans sa première comparaison des revenus (pce 37) à une activité de substitution. En effet, compte tenu du fait que la recourante a cessé son activité d'agricultrice pour des raisons de santé les conditions qui permettraient d'exiger sa reprise font défaut en l'espèce (cf. arrêt du TF I 842/05 du 1er juin 2006 consid. 5.3). C'est pour cette même raison que l'autorité inférieure a renoncé à l'application de la méthode dite extraordinaire réservée en principe aux travailleurs indépendants (cf. ATF 128 V 29 consid. 1) et choisi la méthode ordinaire de comparaison des revenus. En effet, lorsque l'assuré a abandonné son activité d'indépendant, la comparaison des activités exercées avant et après la survenance de l'invalidité n'est plus possible (RAMA 1995 p. 107).

E. 8.2.1

Selon la méthode ordinaire, l'invalidité est évaluée en comparant le revenu que l'intéressé pourrait obtenir en exerçant une activité qu'on peut raisonnablement attendre (revenu d'invalidité) sur un marché du travail équilibré avec le revenu qu'il aurait eu s'il n'était pas devenu invalide (revenu sans invalidité; jusqu'au 31 décembre 2002: art 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPG; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPG). Ne sont pas déterminants les critères médico-théoriques, mais bien plutôt les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (cf. par analogie, RAMA 1991 no U 130 p. 270 consid. 3b; voir aussi ATF 114 V 310 consid. 3c). Le fait que le recourant ne mette pas en valeur sa capacité résiduelle de travail pour des raisons étrangères à l'invalidité ne relève pas de l'assurance invalidité, car il s'agit là de facteurs qui ne sont pas liés à l'invalidité et que l'AI n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329 consid. 3c). Dans ce contexte, il convient de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, ni un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent des facteurs propres à influencer l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du TF I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; VSI 1999 p. 247 consid. 1; Pratique VSI 1998 p. 296 consid. 3b).

E. 8.2.2

La notion du 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. D'après ces critères on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 110 V 273 consid. 4b; VSI 1991 p. 332 consid. 3b; cf. ég. ATF 134 V 64 consid. 4.2.1). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner 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 sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 296 consid. 3b et les références). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités d'emploi irréalistes, ou se borner à prendre en considération un genre d'activité quasiment inconnu du marché du travail. On ne peut en effet parler d'une activité raisonnablement exigible au sens de l'art. 28 al. 2 LAI dans la mesure où elle n'est possible que sous une forme tellement restreinte que le marché du travail général ne la connaît pratiquement pas ou qu'à la condition de concessions irréalistes de la part d'un employeur (RCC 1991 p. 332 consid. 3b, 1989 p. 331 consid. 4a).

E. 8.3.1

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé après la survenance de l'atteinte à la santé, la jurisprudence admet pour la détermination du salaire d'invalide, le recours aux données statistiques suisses telles qu'elles ressortent de l'Enquête sur la structure des salaires (ci-après: ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après: OFS; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Les rémunérations retenues par l'ESS 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).

E. 8.3.2

Le revenu sans invalidité quant à lui se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement réalisé au moment déterminant s'il était en bonne santé. A ce titre il convient en général de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé. Toutefois, en raison de la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie entre les Etats, on ne saurait retenir en principe le montant du dernier salaire obtenu par la recourante dans son Etat de résidence (ATF 110 V 273 consid. 4d; arrêt du TF I 383/06 du 5 avril 2007 consid. 4.4) ou qu'elle aurait pu obtenir, d'où la nécessité pour effectuer la comparaison des salaires de se référer à des données statistiques. L'important dans l'évaluation de l'invalidité est que les deux termes de la comparaison, à savoir revenu sans invalidité et revenu d'invalide, soient équivalents, c'est à dire qu'ils se rapportent à un même marché du travail et à une même année de référence (ATF 110 V 273 consid. 4d; arrêt du TF I 383/06 du 5 avril 2007 consid. 4.4).

E. 8.3.3

Dans le cas particulier, la décision litigieuse se fonde, en application de la jurisprudence précitée, sur les données résultant de l'ESS 2006 et fixe le revenu sans invalidité de la recourante à Fr. 3'728.-- ce qui équivaut, à défaut de données statistiques EES dans le

secteur agricole, au salaire auquel peuvent prétendre les femmes au bénéfice de connaissances professionnelles spécialisées (niveau de qualification 3) dans l'horticulture. Or, le TF a récemment statué que le revenu d'employés dans l'horticulture retenu dans l'ESS ne permet pas de déterminer le salaire de personnes exerçant la profession d'agriculteur à titre indépendant de façon suffisamment fiable (arrêt du TF 9C_335/2007 du 8 mai 2008 consid. 3.3.3); il convient dans ces cas de se référer aux rapports agricoles publiés par l'Office fédéral de l'agriculture qui livrent des références plus précises en la matière. Le salaire de personne valide doit donc être calculé in casu sur la base de ces données. Les chiffres déterminants pour 2006 (soit une année après le délai de carence qui court dès l'atteinte à la santé subie en 2005) ressortent du rapport agricole 2007. Le revenu (brut) moyen obtenu par 1.24 unité de main d'oeuvre familiale se montait à Fr. 52'915 en 2006 (rapport, p. 51). Comme le revenu agricole rémunère, d'une part, le travail de 1.24 unités de main d'oeuvre familiale en moyenne et, d'autre part, les fonds propres investis dans l'exploitation alors que seul le revenu du travail est relevant en l'espèce, il convient de déduire "les intérêts sur le capital propre" d'un montant de Fr. 10'283.- (tableau 17: "Résultats d'exploitation: toutes régions confondues, p. A 16 en annexe au rapport), ce qui donne un revenu du travail pour l'ensemble de l'entreprise agricole de Fr. 42'632.-. Le revenu du travail agricole par unité de main d'oeuvre se monte ainsi à Fr. 34'380.64. Il sied également de tenir compte du fait que les ménages agricoles n'assurent pas uniquement leur entretien au moyen du revenu du travail. Ainsi, en 2006, ils ont gagné un gain accessoire de Fr. 22'239.- en moyenne. En partant du principe que les 1.24 unités de main d'oeuvre familiale ont contribué à la réalisation de ce gain accessoire ($22'239/1.24 = 17'934.67$), on obtient un revenu global par unité de main d'oeuvre familiale de Fr. 52'315.31 par année ($34'380.64 + 17'934.67$) respectivement de Fr. 4'359.60 par mois, qui doit être retenu comme revenu hypothétique de valide de la recourante.

E. 8.3.4

Eu égard à la jurisprudence précédemment exposée, le revenu d'invalidé doit également se fonder sur des valeurs statistiques. Il y a alors lieu de se rapporter à la valeur médiane ou valeur centrale afférente aux salaires bruts standardisés (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb) et non à des chiffres tirés de secteurs d'activité particuliers (cf. arrêt du TF I 392/06 du 13 mars 2007 consid. 6.2). En l'espèce, et contrairement à ce que retient l'autorité, il doit donc être déterminé en fonction de ce que peuvent prétendre les femmes exerçant une activité simple et répétitive dans le secteur privé (valeur médiane ou centrale), dont un nombre suffisant est adapté aux limitations fonctionnelles de la recourante (Fr. 4'019.-, cf. tableau TA 1, niveau de qualification 4). Les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle en 2006 (41.7 heures, cf. OFS, durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, en heures par semaine, T. 03.02.04.19), ce salaire hypothétique de Fr. 4'019.- doit donc encore être adapté et s'élève en fait à Fr. 4'189.80, ce qui donne 3'351.80 pour un rendement à 80%.

E. 8.3.5

Comme le recours aux salaires de l'ESS ne permet pas une appréciation très fine en fonction des groupes de professions particuliers ou des régions de travail, la jurisprudence permet cependant de réduire le revenu hypothétique d'invalidé, tel qu'il résulte des statistiques, afin de tenir compte du fait que les possibilités pour l'assuré de réaliser un gain qui se situe dans la moyenne sont forcément diminuées. La mesure de cette réduction dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au

handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et relève en premier lieu de l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. La jurisprudence n'admet cependant à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5). En conséquence, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (Arrêt du TF I 133/07 du 21 janvier 2008, consid. 2.3; ATF 130 V 393 consid. 3.3, ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références). En l'espèce, l'OAIE a consenti un abattement de 20 % sur le revenu d'invalidé de l'assurée pour tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles du cas. Bien que l'autorité aurait dû préciser les facteurs retenus, on comprend qu'il s'agit essentiellement en l'espèce du fait que la recourante a dû renoncer à 54 ans à l'exercice d'une activité professionnelle qu'elle pratiquait comme indépendante et ne peut plus qu'exercer une activité de type léger. Cette argumentation n'est pas insoutenable, il n'y a donc pas lieu de s'en écarter. Le salaire d'invalidé est donc fixé à Fr 2'681.40

E. 8.4

Le calcul comparatif des revenus fait apparaître un préjudice économique de 38 % (Fr. 4'359.60-2'681.40 X 100 / 4'359.60) une fois arrondi au pour-cent inférieur (ATF 130 V 122 consid. 3.2), pour une activité exigible à 80%, ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

E. 9.1

Vu l'argumentation de la recourante, il faut encore dire qu'elle ne peut rien tirer du fait qu'elle reçoit une indemnité en Espagne puisque seul le droit interne détermine les modalités de l'évaluation du taux d'invalidité (cf. consid. supra 3.3 et 3.4) qui est, selon la loi suisse, une notion juridico-économique et non médicale. En d'autres termes, seules sont couvertes les pertes économiques (atteignant au moins 40% du revenu) liées à une atteinte à la santé physique ou psychique et non la maladie en tant que telle. En Espagne la situation est toute différente. Il existe en effet quatre degrés d'invalidité permanente: a) l'incapacité permanente partielle pour la profession habituelle b) l'incapacité permanente totale pour la profession habituelle c) l'incapacité permanente absolue pour tout travail d) la grande invalidité (cf. articulo 137 del texto de la Ley general de la Seguridad Social, aprobado por el Real decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, consulté sur le site Internet <http://www.derecho.com/1/boe/real-decreto-legislativo-1-1994-aprueba-texto-refundido-ley-general-seguridad-social/> consulté le 18 février 2010). Pour une incapacité permanente partielle d'exercer la profession habituelle, telle que reconnue à la recourante (cf. pce 22 page 2 et pce 2 page 3), une indemnité forfaitaire égale à 24 mensualités de la base de calcul de la maladie est octroyée (cf. le site du système d'information mutuelle sur la protection sociale des Etats membres de l'UE et de l'EEE http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2000/es_part5_fr.htm, consulté le 18 février 2010). L'incapacité permanente partielle d'exercer la profession habituelle est définie comme celle qui, sans atteindre le degré total, n'est pas inférieure à 33% dans le rendement habituel de cette profession et n'empêche pas la réalisation des tâches fondamentales de cette dernière (cf. art. 137 par. 3 de la loi espagnole précitée). La Cour de céans constate dès lors que les autorités suisses sont plus généreuses puisqu'elles reconnaissent à la recourante une incapacité totale d'exercer son ancienne activité, toutefois cela n'ouvre pas en soi le droit à des prestations (cf. supra consid. 5.3).

E. 9.2

Compte tenu du grief de la recourante qui estime avoir payé suffisamment de cotisations pour avoir droit à des prestations, il n'est pas inutile de brièvement rappeler que l'assurance-invalidité est basée sur le principe de la solidarité actuarielle. Ce fondement de solidarité, propre à toute assurance sociale, signifie que "plusieurs personnes indépendantes les unes des autres, réunies en collectivité, rassemblent des fonds dans le but commun, lorsque survient un événement précis à définir, d'aider l'un de ses membres en couvrant le dommage subi." (Gabriela Riemer-Kafka, La solidarité, toile de fond des assurances sociales, Sécurité sociale [CHSS] 2/2007, p. 59). L'AI vise à couvrir un risque défini juridiquement qui, une fois qu'il se réalise, donne droit à une prestation prévue par la loi qui peut-être fournie soit partiellement soit totalement. Le financement de cette assurance se base principalement sur la capacité économique de l'assuré (par le biais, la plupart du temps, de cotisations salariales). Le seul fait d'avoir participé au financement du risque ne suffit pas pour toucher des prestations, il faut encore que les autres conditions prévues par la loi (cf. supra consid. 5.5, l'invalidité est une notion juridico-économique) soient satisfaites, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

E. 10.1

La décision litigieuse a été rendue après le 1er juillet 2006, entrée en vigueur de l'art. 69 al. 2 LAI soumettant la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal administratif fédéral à des frais de procédure.

E. 10.2

La recourante, qui succombe, doit donc s'acquitter des frais de justice fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à Fr. 400.-- (art. 63 al. 1 règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2] en relation avec l'art. 69 al. 2 LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais déjà versée de Fr. 400.--.

E. 10.3

Compte tenu de l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 7 al. 1 FITAF a contrario). (le dispositif se trouve à la page suivante)

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