

BVGer C-7011/2018 vom 4. Dezember 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-12-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7011_2018

FR: TAF C-7011/2018 du 4 décembre 2020

IT: TAF C-7011/2018 del 4 dicembre 2020

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office sa compétence (art. 7 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]), respectivement la recevabilité des moyens de droit qui lui sont soumis (art. 31 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; ATF 133 I 185 consid. 2 et les références citées).

E. 1.2

Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans connaît, 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), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE au sens de l'art. 5 PA. En vertu de l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontrière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. En revanche, c'est l'OAIE qui notifie les décisions (art. 40 al. 2 dernière phrase RAI).

E. 1.3

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Conformément à 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 expressément à la LPGA.

E. 1.4

En l'espèce, interjeté en temps utile (art. 20, 21, 22a, 50 PA et art. 60 LPGA) dans les formes légales (art. 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et

art. 69 al. 1 let. b LAI) par un administré directement touché par la décision attaquée (art. 48 PA et 59 LPGA) qui a effectué le paiement de l'avance de frais dans le délai imparti (art. 63 al. 4 PA), le recours du 10 décembre 2018 est recevable quant à la forme dans la mesure où il porte sur le droit à une rente d'invalidité. Compte tenu du fait que le recourant a son domicile en France voisine et travaillait en Suisse (OAIE pces 15 ; 18 ; 58 ; 146), il doit être qualifié de frontalier. Ainsi, dans le cas concret, l'Office d'assurance-invalidité du canton C._____ a à bon droit mené la procédure d'instruction de la demande de prestations de l'assurance-invalidité et l'OAIE a, quant à lui, notifié la décision de refus (OAIE pces 4 ; 27 ; 60 ; 80 ; 104 ; 129 ; 159 ; 164).

E. 2.1

Concernant le droit matériel applicable, l'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant, ressortissant français, vivant en France - Etat membre de l'Union européenne (UE) - a travaillé et versé des cotisations de manière non continue en Suisse de 1990 à 2019 (OAIE pces 15 ; 18 ; 58 ; 146 ; annexes à TAF pce 1). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), entré en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1er juin 2002 (ATF 133 V 265 consid. 4.1 ; 128 V 315 consid. 1), avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1er avril 2012 (cf. la décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) sont également déterminants le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) ainsi que le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11 ; cf. arrêt du TF 8C_455/2011 du 4 mai 2012, consid. 2.1 ; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013, consid. 3 ; C-3985/2012 du 25 février 2013, consid. 2.1). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment aux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. En outre, dans la mesure où l'ALCP et son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 8 ALCP ; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

E. 2.2

Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, aussi en cas de changement des règles de droit, sauf si des dispositions particulières de droit transitoire en disposent autrement (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 129 V 1 consid. 1.2).

E. 2.3

En l'occurrence, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions du droit suisse en vigueur dans leur teneur entre le 27 septembre 2012, date de la demande de prestations du recourant, et le 12 novembre 2018, date de la décision attaquée (OAIE pce 164 ; annexes TAF pce 1), qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 121 V 366 consid. 1b).

E. 2.4

Par ailleurs, le Tribunal de céans se fondera sur l'état de fait, y compris l'état de santé du recourant, jusqu'au jour de la décision litigieuse, soit le 12 novembre 2018 (ATF 140 V 70 consid. 4.2 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 130 V 355 consid. 1.2 ; 129 V 4 consid. 1.2). Les éléments de fait postérieurs à cette date ne devant, en principe, pas être pris en considération, sauf s'ils permettent une meilleure compréhension de l'état de santé du recourant antérieur à la décision attaquée (cf. ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 ; voir notamment arrêt du TAF C-31/2013 du 14 janvier 2014, consid. 3.1). En l'espèce, les rapports médicaux établis après le 12 novembre 2018 et produits par le recourant dans le cadre de la présente procédure ne seront pas pris en considération dès lors qu'au regard des considérants qui vont suivre, ils ne permettent pas de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail du recourant jusqu'à la décision sujette à recours.

E. 3.1

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/Poltier, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd., 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55).

E. 3.2.1

En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). L'objet du litige dans la procédure de recours est le rapport juridique réglé dans la décision attaquée dans la mesure où, d'après les conclusions du recours, il est remis en question par la partie recourante. L'objet de la contestation (Anfechtungsgegenstand) et l'objet du litige (Streitgegenstand) sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, les rapports juridiques non litigieux sont certes compris dans l'objet de la contestation mais non pas dans l'objet du litige (cf. ATF 125 V 413 consid. 1b ; arrêt

du TF 2C_53/2017 du 21 juillet 2017, consid. 5.1). L'objet du litige peut donc être réduit par rapport à l'objet de la contestation. Il ne peut en revanche, sauf exceptions, s'étendre au-delà de celui-ci (cf. ATF 136 II 457 consid. 4.2 ; 136 II 165 consid. 5). Il convient encore de préciser qu'il sied de distinguer le dispositif d'une décision de la motivation de celle-ci. Le dispositif de la décision règle le rapport juridique comme tel. Il peut avoir pour objet toutes les relations découlant du droit administratif fédéral matériel sur lesquelles l'autorité compétente peut se prononcer unilatéralement par le biais d'une décision. La motivation de la décision, en revanche, comprend l'ensemble des éléments de fait et de droit qui sont déterminants pour le dispositif de la décision, c'est-à-dire pour la conséquence juridique. Chaque aspect dont dépend le dispositif de la décision tel qu'il a été formulé par l'autorité fait donc partie de la motivation de la décision. La distinction entre dispositif et motivation de la décision reste un critère décisif pour la détermination de l'objet du litige. Il faut chercher le contenu juridique réel de l'acte administratif même si celui-ci est imprécis, incomplet ou rédigé sous la forme d'une décision en constatation non admissible. De cet examen ressort le rapport juridique sur lequel l'autorité administrative a statué (Ulrich Meyer, Isabel Von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, 2005, p. 440 ss ; cf. notamment : ATF 125 V 413 consid. 2).

E. 3.2.2

Le Tribunal de céans constate que la conclusion du recourant tendant à l'octroi de mesures de réadaptation dépasse l'objet du litige. Vu l'intitulé de la décision attaquée ainsi que de sa motivation - qui fait référence aux mesures de réadaptation mises en oeuvre - on comprend que l'autorité inférieure entendait trancher uniquement le droit du recourant à une rente d'invalidité. Seule cette prestation constitue le rapport juridique sur lequel l'autorité inférieure a statué - l'OAIE la refusant en raison d'un degré d'invalidité insuffisant du recourant ouvrant le droit à une rente - et constitue donc l'objet du litige. Quant aux droits du recourant à d'autres prestations en matière d'invalidité, ils n'intègrent pas l'objet de la contestation, faute d'avoir été concrètement tranchés dans la décision attaquée (sur l'interprétation du dispositif, cf. entre autres : arrêts TAF C-5871/2018 du 21 septembre 2020, consid. 4, C-3459/2018 consid. 3.2 et leurs références). A noter que la question des mesures professionnelles, dont a déjà bénéficié le recourant, a donné lieu à une communication du 22 août 2017, aux termes de laquelle l'autorité inférieure a clôturé la demande relative auxdites mesures. Cette communication valant décision, faute d'avoir été contestée, est entrée en force (OAIE pce 140 ; arrêts du TF 8C_747/2011 du 9 février 2012, consid. 4.1 et 9C_198/2011 du 11 novembre 2011, consid. 4.2).

E. 3.2.3

Partant, la conclusion du recourant tendant à l'octroi de mesures de réadaptation doit être déclarée irrecevable en tant qu'elle dépasse l'objet du litige en cause.

E. 3.3

Le présent litige porte par conséquent sur la question de savoir si le recourant a droit à une rente d'invalidité suisse, respectivement si la décision querellée du 12 novembre 2018 se révèle bien fondée.

E. 4.1

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/LAI (art. 8 LPGA, art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) et - avoir versé des cotisations à l'AVS/AI suisse durant trois années au moins (art. 36 al. 1 LAI en vigueur depuis le 1er janvier 2008).

E. 4.2

En l'occurrence, le recourant a cotisé en Suisse pendant 291 mois, soit pendant plus de 24 années, à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (OAIE pces 15 ; 18 ; 58 ; 146 ; annexes à TAF pce 1). Par conséquent, la condition liée à la durée minimale de cotisations est remplie. Il s'agit désormais d'examiner si le recourant est invalide au sens de la LPGA/LAI et le cas échéant, depuis quand.

E. 5.1

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît notamment dès que l'assuré présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c).

E. 5.2

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à hauteur de 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 hauteur de 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à hauteur de 70% au moins. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un des deux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 7 du règlement [CE] n° 883/2004).

E. 5.3

Selon l'art. 29 al. 1 LAI le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. L'al. 3 précise que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

E. 5.4

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 art. 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

E. 5.5

La notion d'invalidité dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre uniquement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique et psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non d'une maladie en tant que telle. Selon la jurisprudence constante,

bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c). S'agissant en particulier des atteintes à la santé psychique, elles supposent - pour être retenues à la base d'une perte de gain - la présence d'un diagnostic de spécialiste s'appuyant, selon les règles de l'art, sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). De jurisprudence, la preuve du caractère invalidant d'un tel trouble doit en principe être apportée selon une procédure probatoire structurée en référence aux indicateurs définis à l'ATF 141 V 281 (TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017). Une telle évaluation est toutefois superflue lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 409 consid. 4.5). Par ailleurs, on peut d'emblée conclure à l'absence d'une atteinte psychique ouvrant le droit aux prestations d'assurance lorsqu'un phénomène d'exagération des symptômes ou une telle attitude est identifiée chez l'intéressé (ATF 141 V 281 consid. 2.2).

E. 6.1

Selon l'art. 69 al. 2 RAI, l'office de l'assurance-invalidité compétent 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

Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des éléments et constatations médicales. L'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 135 V 465 consid. 4.4). A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions du spécialiste soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 130 V 396). Cela étant, selon une jurisprudence constante, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ou que des circonstances particulières ne fondent objectivement des doutes quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; 122 V 157 consid. 1c ; TF 9C_575/205 du 23 mars 2016, consid. 5.2 ; arrêt du TFA I 701/04 du 27 juillet 2005, consid. 2.1.2).

E. 6.3

Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la

relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd ; arrêt du TF 9C_24/2008 du 27 mai 2008, consid. 2.3.2).

E. 6.4

Concernant enfin les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.4).

E. 6.5

Les services médicaux régionaux (SMR) peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne assurée ; ils consignent les résultats de ces examens par écrit (art. 49 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). Les rapports médicaux établis sur la personne par les SMR sont comparables aux expertises médicales indépendantes, réalisées par un expert externe à l'assureur, et peuvent avoir même valeur probante s'ils répondent aux exigences matérielles et formelles requises par la jurisprudence en la matière (ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4 ; 134 V 231 consid. 5.1) et si le médecin du SMR ayant réalisé l'examen sur la personne dispose, comme tout expert, des compétences professionnelles nécessaires (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1). 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, dont font partie les rapports des SMR (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du TF 8C_262/2016 du 22 septembre 2016 consid. 4.2 ; Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, p. 774 n° 44). Il convient enfin de souligner que les rapports des services médicaux selon les art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que ceux fondés sur des examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position du service médicale interne de l'assureur ou des SMR ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 et 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2). Pour avoir valeur probante, lesdits rapports sur dossier présupposent que le dossier contienne l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré, à savoir un exposé complet de l'anamnèse, de l'évolution de l'état de santé et du statut actuel, et qu'il ne se soit agi essentiellement que

d'apprécier un état de fait établi et non contesté sur le plan médical, donc l'existence d'un état de santé pour l'essentiel stabilisé et médicalement établi par des spécialistes, l'examen direct de l'assuré par un médecin spécialisé n'étant ainsi plus au premier plan (arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1 ; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2 ; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2 ; 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2).

E. 6.6

Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas - sauf motifs impératifs - des conclusions d'une expertise médicale mise en oeuvre par une autorité conformément aux règles de procédure dans la mesure où la tâche de l'expert est précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352 consid. 3b ; 118 V 286 consid. 1b). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b ; 118 V 220 consid. 1b et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral I 131/03 du 22 mars 2004, consid. 2.2). Le simple fait qu'un avis médical divergent ait été produit par la personne assurée - même émanant d'un spécialiste - ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007, consid. 4.1).

E. 7.1

En l'occurrence, l'OAIE considère que le recourant ne présente pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée suffisante pour se voir octroyer une rente d'invalidité. L'OAIE se base pour cela essentiellement sur le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique, établi le 24 août 2018, par les Drs J._____, rhumatologue FMH, et K._____, psychiatre FMH, tous deux médecins du SMR, en faisant sienne les conclusions retenues dans ledit rapport. Le recourant, quant à lui, considère en se fondant sur des certificats médicaux de son médecin, qu'il est incapable de travailler à 75% puisqu'il ne travaille qu'à un taux de 60% en raison de ses problèmes de santé.

E. 7.2

Les Drs J._____ et K._____, qui ont cosigné le rapport SMR d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 24 août 2018, ont posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauche dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec petites hernies discales L3-L4 gauche et L5-S1 gauche, ainsi qu'un diagnostic associé de syndrome rotulien gauche avec status après méniscectomie probablement interne gauche et comme diagnostics n'ayant pas d'incidence sur sa capacité de travail une arthrose discrète nodulaire des doigts et un psoriasis cutané. Les médecins du SMR retiennent une incapacité de travail totale dans l'activité d'aide infirmier et une incapacité de travail de 20% depuis le 4 août 2015, puis de 25% depuis le 30 décembre 2016 dans l'activité de bottier-orthopédiste ainsi que dans toute autre activité adaptée. L'incapacité de travail de 25% à compter du 30 décembre 2016 se justifie en raison d'une IRM du même jour ayant mis en évidence des lésions MODIC II des plateaux vertébraux L1-L2 et L2-L3 (cf. OAIE pces 148 ; 158 p. 353).

E. 7.3

Sur le plan rhumatologique, les médecins du SMR ont retenu à titre de limitations fonctionnelles, au niveau du rachis, la nécessité d'alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, ni de travail en porte-à-statique prolongé du tronc et pas d'exposition à des vibrations. Au niveau des membres inférieurs, les limitations fonctionnelles suivantes ont été retenues : pas de genuflexion répétée, pas de franchissement régulier d'escabeau, d'échelle ou d'escaliers. Ses limitations ont été constatées suite à l'analyse de l'entier des rapports médicaux présents au dossier, notamment ceux décrivant les résultats des examens IRM, ainsi que suite à l'examen clinique, intervenu le 31 juillet 2018, du recourant par les médecins du SMR. Il est constaté que le recourant est en bon état général, normocarde, présentant un poids normal, avec une auscultation cardiopulmonaire normale. Au niveau ostéoarticulaire et neurologique, l'assuré déambule, lors de l'examen, avec une boiterie d'appui alternant étrangement entre les membres inférieurs droit et les membres inférieurs gauche. La marche sur la pointe des pieds est possible et l'accroupissement est limité, entraînant des lombalgies, bien que le relèvement se fait sans aide extérieure. Le recourant ne présente par ailleurs pas de syndrome radiculaire et les épreuves de Lasègue sont négatives, toutefois limitées des deux côtés à 65 degrés par des lombalgies et un raccourcissement des muscles ischiojambiers. Au plan rachidien, il existe des troubles statiques du rachis. Les mobilités lombaire et cervicale sont très limitées. Les médecins du SMR ont constaté que le recourant présentait certains motifs d'exclusion, « bien qu'il ne présente pas une importante exagération des symptômes ou une importante démonstrativité. Il présente néanmoins une certaine démonstrativité, développant ainsi une importante résistance volontaire à la rétroflexion du tronc avec contrepulsions » (OAIE pce 158 p. 353). Le recourant s'autolimité autant à la mobilisation du rachis cervical que lombaire. Il présente par ailleurs 3 signes de non organicité selon Waddel sur 5, sous forme de lombalgies à la pression axiale céphalique, les ceintures bloquées à la rotation du tronc et une importante discordance entre l'examen de la distance doigts-sol et la distance doigts-orteils. Ils ont également noté certaines incohérences entre les douleurs que le recourant considère importantes et qui l'empêcheraient de travailler à plus de 60% et le fait qu'il prétend notamment rencontrer des difficultés à conduire sa voiture. En effet, il effectue les trajets en voiture jusqu'à son lieu de travail et est capable d'effectuer des trajets pour ses déplacements privés (OAIE pce 158 p. 354). Les médecins du SMR n'ont dès lors pas retenu d'incapacité de travail supérieure à 25% dans une activité adaptée, du fait notamment qu'aucun motif biomécanique ne le justifiait, étant par ailleurs relevé que la tolérance à la position assise en cours d'examen a été bonne. Il est encore noté que, malgré ses douleurs, le recourant dispose de certaines ressources physiques, puisqu'il est capable de confectionner lui-même ses repas, d'aider sa femme dans les tâches ménagères, même si cette dernière a la charge de celles-ci, qu'il travaillait au moment de l'examen à un taux de 60% et était capable d'effectuer les trajets en voiture jusqu'à son lieu de travail (OAIE pce 158 p. 353).

E. 7.4

Sur le plan psychiatrique, l'examen clinique n'a mis en évidence aucune pathologie psychiatrique. Seul un des trois symptômes majeurs de la dépression est présent sous la forme d'une tristesse d'allure réactionnelle aux difficultés existentielles. Il n'y a ni diminution de l'intérêt et du plaisir, ni réduction de l'énergie. L'examen n'a mis en évidence aucune fatigabilité, aucun trouble anxieux, phobique ou obsessionnel, ni de trouble de la personnalité. Le diagnostic de « déprime réactionnelle » retenu par le Dre E. _____ (cf. OAIE pces 19 ; 31 p.78 ; 51 p. 119 ; 99) n'a pas été objectivé lors de l'examen clinique,

notamment par une exploration thymique, une recherche des symptômes majeurs de la dépression et le recueil d'autres signes cliniques de la lignée psychotique (cf. OAIE pces 158 p. 350 et 355). Il sied de préciser que la Dre E. _____ n'a pas les qualifications d'un psychiatre et son appréciation n'est que très peu motivée. Il ressort par ailleurs du dossier que la Dre E. _____ n'a réalisé aucune expertise ou test spécifique et n'a mis en place aucune hospitalisation en milieu psychiatrique. Or, à l'issue d'une analyse complète et détaillée, la psychiatre du SMR retient qu'il est possible que le recourant ait présenté à certains moments des épisodes de trouble de l'adaptation en lien avec des facteurs extérieurs. Par ailleurs, au moment de l'examen clinique, le recourant n'avait pas de suivi psychiatrique et n'en était pas demandeur. Aucune médication psychotrope ne lui était prescrit. Le recourant n'a pas observé de dégradation de son état psychique, évoquant uniquement une fragilité et une souffrance en lien avec ses limitations physiques. Il est noté que le recourant dispose de bonnes ressources personnelles et en cohérence avec l'anamnèse de la vie quotidienne. Il dispose également d'une bonne intégration sociale et son entourage est très soutenant. Au regard des constatations faites, aucun diagnostic psychiatrique n'a été retenu, de même qu'aucune incapacité de travail n'a pu être retenue (OAIE pce 158 p. 355-356).

E. 7.5

A la lecture dudit rapport de l'examen médical bidisciplinaire et au vu de ce qui précède, il appert que celui-ci a été réalisé par un rhumatologue et un psychiatre, à savoir des spécialistes disposant de la formation et de toutes les connaissances requises pour juger valablement de l'état de santé du recourant. Leur rapport du 24 août 2018, établi sur la base d'un examen effectué le 31 juillet 2018, satisfait de surcroît aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante des documents médicaux, dans la mesure où il tient compte des éléments au dossier mis à leur disposition par l'OAIE et est donc établi en pleine connaissance du dossier médical déterminant (OAIE pce 158 p. 342-343, p. 350). Ledit rapport prend en considération les plaintes du recourant (OAIE pce 158 p. 345, p. 347), contient une anamnèse complète et détaillée (cf. OAIE pce 158 p. 343-346), et se fonde sur des examens circonstanciés (status général, status neurologique, status ostéoarticulaire, dépistage des signes comportementaux chez les lombalgiques, status psychiatrique ; OAIE pce 158 p. 348-350). En outre, il contient une discussion sur l'historique médical, les constatations cliniques et les points litigieux, de même que des conclusions claires et motivées. Il comprend en outre des diagnostics détaillés et argumentés, une discussion sur la situation médicale actuelle et future du recourant (OAIE pce 158 p. 351-356) ainsi qu'une analyse circonstanciée des conséquences sur sa capacité de travail, notamment dans le cadre d'une appréciation consensuelle du cas (OAIE pce 158 p. 355-356). Dans ce contexte, ils ont justifié une incapacité de travail de 25% dans l'activité de bottier-orthopédiste et dans toute autre activité adaptée dès le 30 décembre 2016, au vu de la présence de lésions de type MODIC II des plateaux vertébraux L1-L2 et L2-L3. En plus des explications fournies quant au taux d'incapacité de travail de 25% retenu, les médecins du SMR ont expliqué les raisons pour lesquelles une incapacité de travail supérieure ne se justifiait pas (cf. consid. 7.3 supra ; OAIE pce 158 p. 353).

E. 7.6

S'agissant des autres rapports médicaux figurant au dossier, il sied de préciser que leur valeur probante est tout à fait limitée, n'étant pas exhaustifs, ne contenant ni d'anamnèse complète, ni d'analyse du dossier entier et n'étayant que très peu les affections retenues au

demeurant pas même motivées (OAIE pces 10 ; 19 ; 21 ; 31 p. 74 ; 31 p.78 ; 38 ; 51 p. 119 ; 99 ; 124 ; 144 ; 148 p. 308). En outre, certains des rapports médicaux ne fournissent aucun élément sur la capacité de travail du recourant en lien avec les diagnostics posés (OAIE pces 10 ; 124 ; 148 p. 308). Plus particulièrement, la Dre E. _____ a notamment retenu dans un rapport médical du 10 octobre 2017 que le recourant présente une capacité de travail de 50% dans l'activité de bottier-orthopédiste, alors même que ce dernier était en mesure d'exercer une activité à 60% (OAIE pce 144). Force est de constater, à la lecture dudit rapport, que ce médecin s'est contenté d'indiquer que le recourant souffre de lombalgies avec une sciatalgie aiguë, qu'elle a résumé l'anamnèse à des « lombalgies à répétition » sur la base d'une IRM réalisée en 2015, qu'elle a mentionné que le recourant se plaint d'avoir « mal tout le temps » et que le pronostic était imprévisible. La Dre E. _____ n'a point exposé les raisons pour lesquelles les pathologies du recourant impliqueraient une incapacité de travail de 50% dans l'activité de bottier-orthopédiste. Il n'y a par ailleurs aucune précision quant à la façon dont la Dre E. _____ est parvenue au diagnostic et aux limitations fonctionnelles retenus. Ainsi, ce rapport médical a une valeur probante limitée, qui ne saurait remettre en cause les diagnostics et l'évaluation de la capacité de travail tels qu'établis par les médecins du SMR.

E. 7.7

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate qu'il n'existe aucun indice concret permettant de mettre en cause le bien-fondé des résultats auxquels aboutissent les médecins du SMR et de s'écarter de leurs conclusions. Partant, une pleine valeur probante doit être attribuée au rapport SMR d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 24 août 2018, qui répond aux réquisits jurisprudentiels.

E. 8.1

C'est le lieu de rappeler que lorsqu'une appréciation médicale repose sur une évaluation médicale complète, telle qu'en l'espèce, il appartient à la partie recourante, si elle entend remettre en cause l'évaluation de l'expert, de faire état d'éléments objectivement vérifiables ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions ou en établir le caractère objectivement incomplet (arrêt du TF 9C_809/2014 du 7 juillet 2015, consid. 4.1).

E. 8.2

Dans son mémoire de recours et sa réplique, le recourant a formulé de nombreuses remarques et objections à l'égard du rapport SMR du 24 août 2018 à la base de la décision querellée. Le Tribunal relève à ce propos qu'aucune affirmation du recourant ne met en exergue des faits susceptibles de remettre en cause la valeur probante dudit rapport. Le recourant a en particulier inscrit plusieurs remarques manuscrites sur ledit rapport en contestant les appréciations techniques des médecins du SMR et s'est notamment contenté de verser à la présente procédure les documents médicaux déjà présents au dossier et pris en compte par les médecins du SMR, comme cela ressort de leur rapport SMR du 24 août 2018. Il n'a dès lors pas apporté d'éléments médicaux objectifs qui justifieraient d'envisager la situation selon une perspective différente.

E. 9.1

Le recourant fait en outre valoir une aggravation de son état de santé à compter du 6 décembre 2018 (cf. TAF pce 5) et a produit tout au long de la procédure divers rapports médicaux attestant de résultat d'examens, notamment une hospitalisation intervenue en

mars 2019, ainsi qu'une incapacité de travail totale depuis le 6 décembre 2018 (notamment : TAF pce 35 et annexes).

E. 9.2

Ces documents médicaux établis bien après la décision attaquée ne peuvent être pris en compte par le Tribunal de céans dans le cadre de l'examen du recours (cf. consid. 2.4 supra). Ils ont néanmoins été transmis à l'autorité inférieure pour suite utile, étant précisé qu'il est loisible au recourant de saisir en tout temps l'administration d'une nouvelle demande de prestations s'il estime que les conditions en sont remplies (cf. art 87 al. 3 RAI), documents à l'appui.

E. 10

Partant, le Tribunal peut entièrement confirmer les conclusions des Drs J. _____ et K. _____, médecins du SMR. Il constate qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant souffre de lombosciatalgies gauche dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec petites hernies discales en L3-L4 gauche et en L5-S1 gauche, ainsi que d'un diagnostic associé de syndrome rotulien gauche avec status après méniscectomie probablement interne gauche et qu'il ne peut plus exercer l'activité d'aide infirmier. Le TAF constate que le recourant présente une incapacité de travail de 20% depuis le 4 août 2015, puis de 25% depuis le 30 décembre 2016 dans l'activité de bottier-orthopédiste ainsi que dans toute autre activité respectant ses limitations fonctionnelles.

E. 11

Il reste à examiner le taux d'invalidité du recourant et déterminer si celui-ci est conforme au droit.

E. 11.1

Aussi bien lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique / méthode extraordinaire) dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif (art. 28a LAI). On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait, les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes, si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (cf. ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; 129 V 150 consid. 2.1 ainsi que les références citées).

E. 11.2

Chez les assurés qui exercent une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, le taux d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus (art. 16 LPGA). Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalidé, tout particulièrement s'agissant des indépendants, il faut procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (méthode extraordinaire ; cf. ATF 128 V 29 consid. 1 ainsi que l'arrêt du TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009, consid. 2.1). En revanche, si la cessation de l'activité indépendante du recourant et le changement de statut qui s'en suit (cotisations sociales en tant que personne sans activité lucrative) correspondent à une

modification des circonstances conduisant à rendre exigible envers l'assuré l'exercice d'une activité salariée, respectivement à le considérer comme un hypothétique salarié, alors la méthode de comparaison des revenus s'applique et non pas la méthode extraordinaire (cf. arrêts du TF 9C_277/2013 du 28 août 2013, consid. 4.1.2, et 8C_748/2008 du 10 juin 2009, consid. 4.2.2). Quant aux assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel, le taux d'activité doit en règle générale être déterminé sur la base de la méthode mixte. Tel est aussi le cas lorsque l'assuré a réduit son temps de travail pour des raisons personnelles, étrangères à l'invalidité avant l'atteinte à la santé litigieuse. En revanche, si la réduction de l'horaire de travail est requise par l'état de santé de l'assuré avant l'atteinte à la santé litigieuse, on doit considérer que le recourant, s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, aurait exercé une activité lucrative à plein temps et la méthode mixte n'est alors pas applicable (cf. ATF 129 V 150 consid. 2.1 et 2.2).

E. 11.3

En l'espèce, le recourant a exercé une activité lucrative salarié jusqu'en juillet 2013 en qualité d'auxiliaire de vie à un taux de 100% puis de 80% pour suivre une formation qui n'a pas abouti, puis à partir du 1er août 2013 en qualité d'apprenti bottier-orthopédiste à un taux de 100% puis de 80% pour des raisons de santé et pour « sauver » la formation qu'il a suivi avec succès en tant que mesure de reclassement professionnelle mise en place par l'Office d'assurance-invalidité du canton C._____ (cf. OAIE pces 18 ; 22 ; 54, 58 ; 60 ; 80 ; 100 ; 104 ; 107 p. 225 ; 129 ; 140 ; 141). À compter du 1er septembre 2017, le recourant a finalement travaillé en qualité de bottier-orthopédiste - profession respectant ses limitations fonctionnelles auprès de la société D._____ Sàrl, à un taux de 60% en raison de ses atteintes à la santé (cf. OAIE pce 146 ; annexes à TAF pce 1). A la demande de l'Office d'assurance-invalidité du canton C._____ (OAIE pce 147), le recourant a toutefois confirmé, en date du 17 novembre 2017, qu'il travaillerait à 100% s'il ne subissait pas d'atteinte à sa santé, ayant d'ailleurs rappelé que son horaire initial de travail était de 100% avant d'être atteint dans sa santé (OAIE pce 149). C'est par conséquent à raison que l'OAIE a in casu appliqué la méthode générale de comparaison des revenus (cf. OAIE pce 171 ; annexes à TAF pce 11).

E. 11.4.1

Selon la méthode de comparaison des revenus, le revenu que le recourant 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 (art. 16 LPGA applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI ; cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). La différence entre ces deux revenus détermine alors le degré d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4.2 ; arrêt du TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018, consid. 5.1).

E. 11.4.2

Les revenus à comparer doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans la mesure du possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré avant et après la survenance de ses problèmes de santé (s'agissant du salaire sans invalidité : ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 134 V 322 consid. 4.1 ; arrêt du TF 9C_708/2017 du 23 février 2018, consid. 8.1).

E. 11.4.3

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en principe en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu gagner au moment déterminant - au moment de la naissance (hypothétique) du droit à la rente - si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne concernée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution nominale des salaires. Au regard des capacités professionnelles de la personne concernée et des circonstances personnelles la concernant, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption qu'elle aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Des exceptions ne sauraient être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 134 V 322 consid. 4.1 ; arrêt du TF 9C_708/2017 du 23 février 2018 consid. 8.1). L'intention de progresser sur le plan professionnel peut également être prise en compte si elle s'est manifestée par des étapes concrètes, telles que la fréquentation de cours, le début d'études ou la passation d'examens etc. (cf. parmi d'autres : arrêt du TF 8C_550/2009 consid. 4.1 et les références).

E. 11.4.4

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque la personne concernée a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité repose sur des rapports de travail stables, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'éléments de salaire social. Si ces conditions cumulatives sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalidité. Si, en revanche, la personne concernée n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué, notamment, sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les réf. cit. ; 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 75 consid. 3b/aa). Il y a lieu de se référer en principe toujours aux données de l'ESS les plus récentes (ATF 143 V 295 consid. 2.3).

E. 11.4.5

Le Tribunal fédéral a également précisé qu'afin de permettre une comparaison des revenus, les salaires à comparer doivent se fonder sur un même marché du travail, car la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie n'étant pas les mêmes d'un pays à l'autre et ne permet pas de procéder à une comparaison objective des revenus en question (ATF 137 V 20 consid. 5.2.3.2 ; 110 V 273 consid. 4b ; arrêt du TF 8C_300/2015 du 10 novembre 2015, consid. 7.1).

E. 11.4.6

Pour procéder à la comparaison des revenus, les revenus à comparer doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 132 V 393 consid. 2.1 ; 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 ; arrêt du TF 8C_84/2018 du 1er février 2019, consid. 6.2). De plus, l'autorité doit se fonder sur les données les plus récentes disponibles au moment de la décision (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du TF 9C_699/2015 du 6 juillet 2016, consid. 5.2).

E. 11.4.7

Enfin, le degré d'invalidité en vue de l'octroi éventuel d'une rente est ainsi donné par la différence entre un rapport de 100% et celui, exprimé également en pour cent, qui existe entre le revenu d'invalidé (RI) et le revenu des personnes en bonne santé (RS). Il s'obtient en utilisant la formule suivante : $[(RS-RI) \times 100]/RS = x\%$ (ch. 3076 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI]).

E. 11.5.1

En l'occurrence, l'autorité inférieure a déterminé le revenu sans invalidité et le revenu d'invalidé sur la base des données statistiques ESS 2016 et indexé les deux revenus ainsi déterminés à l'année 2017, l'indexation pour l'année 2018 était alors inconnue au moment où la décision contestée a été rendue (cf. OAIE pce 171). Cette manière de faire ne se justifie pas en l'occurrence, étant donné que le dossier d'instruction comporte des données fiables quant au salaire réalisé par le recourant avant et après son atteinte à la santé, comme nous le verrons. En outre, l'OAIE a tenu compte du revenu que le recourant aurait pu réaliser s'il avait mené à terme sa formation d'assistant en soin et santé communautaire (ci-après : ASSC ; cf. OAIE pce 171). Le Tribunal de céans constate que l'atteinte à la santé existait déjà au moment où le recourant a entrepris cette formation - sans toutefois la mener à terme (cf. OAIE pces 7 p. 20 ; 16 ; 18) - puisque le recourant confirme l'avoir entamée notamment en pensant que le métier d'ASSC serait plus adapté à sa pathologie (cf. OAIE pce 149), et que ses atteintes à la santé ont été attestées pour la première fois en 2011 (cf. OAIE pces 10 ; 19). Conformément à la jurisprudence précitée, il convient dès lors de procéder à une comparaison des revenus de manière aussi concrète que possible.

E. 11.5.2

S'agissant du revenu sans invalidité, le revenu annuel réalisé par le recourant avant son atteinte à la santé, soit en 2011 comme susmentionné, s'élevait à Fr. 49'173.-, soit Fr. 61'466.25 pour un taux de 100%, notamment selon l'extrait de compte individuel du recourant (cf. OAIE pces 11 ; 15 ; 22 [not. p. 56]). Il convient ensuite d'indexer ce montant à l'année 2017, pour parvenir à un revenu sans invalidité de Fr. 63'675.- ($61'466.25 \times 2249 / 2171 ; 1939=100, 2011=2171, 2017=2249$ pour les hommes ; cf. OFS, Tableau « T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 2010-2018 » ; cf. entre autres : arrêt du TAF C-3979/2016 consid. 10.5.1).

E. 11.5.3

Pour le revenu avec invalidité, le recourant a touché de son dernier employeur Fr. 10'800.- de septembre à décembre 2017, ce qui correspond à un revenu annuel de Fr. 32'400.- pour un taux d'occupation de 60% (pour 12 mois selon le contrat de travail), et à Fr. 40'500.- pour un taux de 75%, correspondant à sa capacité de travail résiduelle (cf. OAIE pce 146).

E. 11.5.4

La comparaison des revenus fait apparaître un taux d'invalidité de 36% arrondi ($(Fr. 63'675 - Fr. 40'500) \times 100 / Fr. 63'675$), ce qui n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité conformément à l'art. 28 LAI. Pour le surplus, si l'on devait prendre le salaire d'invalidé selon les statistiques ESS comme a procédé l'autorité inférieure (cf. OAIE pce 171), on parviendrait au même résultat, soit un degré d'invalidité insuffisant pour l'octroi d'une rente. L'OAIE s'est en l'occurrence basé sur le salaire brut mensuel d'un employé exerçant dans le domaine de l'industrie du textile et de l'habillement, en raison de l'activité de

bottier-orthopédiste que le recourant est en mesure d'exercer dans le respect de ses limitations fonctionnelles (cf. OAIE pce 158). Selon cette façon de faire, le revenu avec invalidité à retenir est de Fr. 4'012.50, soit un revenu annuel de Fr. 48'150.- (ESS 2016, tableau TA1_skill_level, niveau de compétence 2 ; NOGA 2008, notes explicatives, pp. 42-43 ; augmentation pour 41.6h/semaine usuelles dans la branche, indexation de 0.5% selon le tableau de l'OFS « T1.15 Indice des salaires nominaux, 2016-2019 », abattement de 5% et taux d'occupation de 75%), donnant un taux d'invalidité de 24% arrondi (Fr. 63'675 - Fr. 48'150 x 100 / Fr. 63'675).

E. 11.6

Au vu de ce qui précède, l'OAIE a à juste titre refusé le droit à une rente d'invalidité au recourant.

E. 12

Au vu des considérants qui précèdent, le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable et la décision attaquée du 12 novembre 2018 confirmée.

E. 13

Les frais de procédure fixés à CHF 800.- sont mis à la charge du recourant qui a succombé, conformément à l'art. 63 al. 1 PA, et ils sont prélevés sur l'avance de frais versée par le recourant dans le cadre de la présente procédure (TAF pces 2 et 4). En outre, il n'est pas alloué de dépens, le recourant étant débouté et l'OAIE en tant qu'autorité n'y ayant pas droit (art. 64 al. 1 PA et art. 7 FITAF [RS 173.320.2]).

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