

BVGer C-7821/2008 vom 2. September 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-09-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7821_2008

FR: TAF C-7821/2008 du 2 septembre 2010

IT: TAF C-7821/2008 del 2 settembre 2010

Regeste

Assurance-invalidité (AI)

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans 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 pas 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. Selon 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), le recours est recevable.

E. 2.1

L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) 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. 2.2

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. 2.3

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 I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; 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 une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 3

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 131 V 9 consid. 1; 130 V 445 consid. 1.2 et les références). Les dispositions de la 5ème révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 sont applicables et les dispositions citées ci-après sont sauf précision contraire celles en vigueur à compter du 1er janvier 2008. Toutefois, le droit à la rente s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 s'examine à la lumière des anciennes normes ce qui motive qu'il y soit fait principalement référence.

E. 4

Le recourant a présenté sa demande de rente le 7 septembre 2007. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 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. En l'espèce, le Tribunal peut se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 7 septembre 2006 ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 6 novembre 2008, 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 et ATF 121 V 362 consid. 1b). Des rapports médicaux ultérieurs à la décision attaquée ne peuvent être pris en considération que dans la mesure où

ils permettent une meilleure compréhension de l'état de santé de l'assuré au moment de la décision prise dont est recours.

E. 5.1

Tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse: être invalide au sens de la LPGA/LAI et avoir versé des cotisations à l'AVS/AI suisse durant une année au moins (art. 36 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). A compter du 1er janvier 2008, l'assuré doit toutefois compter au moins trois années de cotisations (art. 36 LAI dans sa nouvelle teneur selon la modification du 6 octobre 2006). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71).

E. 5.2

En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

E. 6.1

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

E. 6.2

Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et art. 28 al. 2 LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1ter LAI (art. 29 al. 4 à partir du 1er janvier 2008) - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) - n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside.

E. 6.3

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40% au moins 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 264 consid. 6). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2). Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 29 al. 1 LAI (cf. chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; Jurisprudence et pratique

administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c). Depuis le 1er janvier 2008, l'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins.

E. 6.4

Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008).

E. 7

Le recourant a travaillé en Suisse comme monteur-électricien de nombreuses années avant de cesser son activité peu de temps avant la fin de son contrat de travail résilié pour des motifs économiques. Il n'a ensuite plus repris d'activités lucratives malgré une période de recherche d'emploi en France au bénéfice d'allocations d'aide au retour à l'emploi. La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGGA, applicable par le renvoi de l'art. 28 al. 2 LAI (art. 28a al. 1 LAI à compter du 1er janvier 2008), 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 être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché de travail équilibré. Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

E. 8

En l'espèce, il est établi que le recourant, à la date de la décision attaquée, souffrait notamment de gonarthrose, d'une hémiparésie régressive suite à un AVC en 1996 et d'hypertension et d'un diabète de type II. Eu égard au fait qu'il ne s'agit pas là d'un état de santé stabilisé, la let. a de l'art. 29 al. 1 LAI est inapplicable; seule peut entrer en considération la let. b de cette disposition légale prévoyant en principe une période d'attente

d'une année à partir du début de l'incapacité de travail déterminante pour le début du droit à la rente.

E. 9.1

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

E. 9.2

Le Tribunal des assurances 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. 10.1

En l'espèce l'intéressé a exercé une activité lucrative à plein temps comme monteur-électricien dans une entreprise suisse de 1983 à 2005. Licencié pour fin juin 2005 pour raison économique, il cessa toutefois toute activité le 6 juin déjà en raison de troubles de santé et fut en arrêt maladie à 100% dès cette date. Une documentation médicale relative à l'arrêt maladie fait cependant défaut au dossier (seul figure un certificat médical illisible de quatre lignes du Dr C. _____ du 15 novembre 2005). Jusqu'au 6 juin 2005 l'assuré a travaillé sans arrêts maladie d'importance. Il est toutefois avéré que son état de santé, bien que bon, n'était pas parfait. En 1996 il subit en effet un AVC mais put reprendre son travail trois mois plus tard sans réaménagement ni de son poste de travail ni de son cadre de vie, son autonomie étant intacte sous réserve de quelques difficultés d'articulation verbale et d'une légère diminution de la dextérité de la main gauche. Par ailleurs, un rapport IRM du genou gauche établi le 18 février 2002 atteste d'une importante gonarthrose tricompartmentale associée à une subluxation externe de la rotule, d'une lésion de la corne postérieure du ménisque interne droit et de la rupture partielle du ligament croisé postérieur. Ces atteintes à la santé n'ont néanmoins pas empêché l'intéressé d'exercer son activité de monteur-électricien jusqu'au 6 juin 2005 à l'entière satisfaction de son employeur selon un certificat de travail du 12 mai 2005 (cf. pce 3). Le Tribunal de céans peut conclure de ce qui précède que jusqu'à la fin de son activité l'intéressé n'a pas présenté d'atteintes à la santé déterminantes pour l'assurance-invalidité et que rien au dossier ne permet d'entrevoir des atteintes à la santé déterminantes pour l'assurance-invalidité en tout cas jusqu'au rapport médical du Dr C. _____ du 8 octobre 2007 faisant état d'une impossibilité pour son patient de poursuivre l'activité exercée jusqu'alors mais de l'exigibilité d'une activité adaptée à plein temps sans diminution de rendement tel que du travail en petit câblage. Il sied de relever qu'en février 2007 Mme B. _____, psychologue, service de neurologie, nota une parfaite orientation dans le temps et l'espace, de bonnes capacités mémorielles sous réserve

d'affects des ressources attentionnelles, une expression verbale spontanée, fluente et informative, des capacités praxiques sans trouble, un status sans ralentissement moteur sous réserve de quelques perturbations exécutives pouvant se montrer invalidantes dans l'activité professionnelle. En outre, le Dr C. _____ dans son rapport du 13 mai 2008 ne releva que de minimes séquelles de l'AVC à gauche et que celle-ci n'ont pas obligé l'intéressé à changer d'emploi depuis 1996 alors que le métier de monteur-électricien demande une bonne dextérité des mains dont au moins une, en l'occurrence la droite non atteinte. Ces certificats laissent supposer que, à la date de leur examen, l'état de santé de l'intéressé était encore relativement bon.

E. 10.2

Afin d'obtenir un rapport clinique complet de l'intéressé permettant d'évaluer objectivement sa capacité de travail résiduelle, l'OAI-GE soumit l'assuré à une expertise au SMR de Vevey. Dans son rapport du 25 juillet 2008 le Dr D. _____ retint le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de gonarthrose bilatérale du compartiment interne prédominant cliniquement à droite (CIM 10 M17.0). Il ne considéra pas les autres atteintes connues de l'assuré comme ayant des répercussions sur sa capacité de travail. Il ne nota pas de suivi médical autre que celui du médecin traitant de l'assuré à raison d'une visite tous les trois mois et qu'aucune aggravation des troubles neurologiques n'avait été évoquée par l'assuré depuis 1996. Il retint les mêmes limitations fonctionnelles que celles indiquées par le Dr C. _____ dans son rapport du 8 octobre 2007, exception faite de la limitation de ports répétés de charges portée à 15 kg au lieu de 5 kg, et une limitation de positions orthostatiques à 30 minutes, à savoir : « Genoux: pas de travail en position accroupie ou à genoux prolongée, pas de montée-descente répétée d'escaliers, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position statique debout prolongée au-delà de 30 minutes. Pas de port de charges au-delà de quinze kilos. Rachis: l'évolution favorable de la lombosciatalgie G en 96 ne justifie actuellement pas de limitation fonctionnelle ». S'agissant des séquelles de l'AVC, l'expert indiqua que « les légères perturbations des fonctions exécutives relevées dans l'examen neuropsychologique de février 07 n'ont pas d'influence sur une activité professionnelle simple de type manuel » et précisa que le test psychologique n'avait pas mis en évidence de trouble mnésique manifeste. L'expert retint une capacité de travail de 50% dans l'ancienne activité de l'assuré et de 100% dans une activité adaptée tenant compte des limitations évoquées depuis le 7 juin 2005. Au vu du rapport détaillé et bien documenté précité, le Tribunal de céans ne peut que confirmer cette appréciation retenue par l'OAI-GE, respectivement l'OAIE, relevant comme l'a d'ailleurs fait l'OAI-GE que l'administration et le juge doivent considérer avec une certaine réserve l'avis médical d'un médecin traitant qui, dans le prolongement du rapport de confiance qui l'unit à son patient est généralement porté en cas d'évaluation de sa capacité de travail à effectuer celle-ci dans l'intérêt de son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées; arrêt du Tribunal fédéral I 39/03 du 14 avril 2003 consid. 3.2), autrement dit sans porter préjudice à son patient dans le cadre d'une demande de prestations d'assurance. Or, in casu, les rapports médicaux du Dr C. _____ ne permettent pas de mettre en doute le bien-fondé du rapport médical du Dr D. _____ dont les spécialisations médicales sont en adéquation avec les atteintes de l'assuré.

E. 10.3

Il est utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on

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

E. 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.

E. 11.2

Le gain d'invalide est une donnée théorique, même s'il est évalué sur la base de statistiques. Ces données servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêt du Tribunal fédéral I 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6 et arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6). Ce gain doit être comparé au moment déterminant avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vraisemblance prépondérante si elle était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Le gain de personne valide doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, ou, à défaut de salaire de référence, au salaire théorique qu'il aurait pu obtenir selon les salaires théoriques statistiques disponibles.

E. 11.3

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 Tribunal fédéral I 383/06 du 5 avril 2007 consid. 4.4).

E. 11.4

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. 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 du revenu que l'assuré aurait pu obtenir en 2006 sans et avec invalidité car il peut être admis avec l'OAI-GE que c'est à compter de juin 2006 au plus tôt, soit un an après que l'intéressé ait cessé toute activité, que l'état de santé du recourant doit être considéré comme stabilisé, celui-ci n'ayant pas évolué de façon déterminante depuis ce moment retenu par l'OAI-GE jusqu'au 6 novembre 2008, date de la décision attaquée. 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 éventuel à la rente, c'est-à-dire lorsque les conditions de santé peuvent être considérées comme stabilisées (ATF 128 V 174 et 129 V 222).

E. 12.2

L'OAIE a retenu comme base de comparaison sans invalidité le revenu de l'assuré en 2005, calculé selon son salaire horaire et son horaire hebdomadaire de travail, indexé selon l'indice des salaires nominaux valeur 2006 à Fr. 71'511.- (cf. supra D). Ce montant est erroné car il se fonde sur la prise en compte d'un salaire horaire sur 52 semaines augmenté de 8.33% (base: 4 sem./an) pour vacances. Or, de deux choses l'une: ou bien on détermine le salaire avant invalidité sur la base de 52 semaines ou bien on le détermine sur la base de 48 semaines, en ajoutant une indemnité pour tenir compte des 4 semaines de vacances. En d'autres termes, le calcul aurait dû prendre en compte un salaire horaire calculé sur 48 semaines augmenté de 8.33% pour vacances car le salarié au bénéfice de 4 semaines de vacances par année travaille durant 48 semaines par année. Il s'ensuit que le salaire de référence sans invalidité de l'assuré est pour 2005 de Fr. 65'289.19 ($\text{Fr. } 31.39 \times 40 \times 48 = 60'268.80 + 8.33\% = \text{Fr. } 65'289.19$) et pour 2006 de Fr. 66'072.66 compte tenu d'une augmentation nominale moyenne de 1.2% des revenus du secteur privé tous secteurs confondus en 2006 par rapport à 2005.

E. 12.3

Le salaire après invalidité a été fixé sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2006 (table TA1), soit en l'occurrence il a été retenu le revenu moyen toutes branches confondues du secteur privé pour des activités simples et répétitives (niveau 4) à 100% pour 40 h./sem., soit Fr. 4'732.- et pour 41.7 h./sem., Fr. 4'933.- ou Fr. 59'197.- par année sous déduction de 10% pour tenir compte de l'âge de l'assuré et de ses restrictions personnelles aux activités légères, soit Fr. 53'278.- Un nombre suffisant d'entre elles peuvent être exercées sans efforts moyennement importants, en position principalement assise, autorisant le changement de position assis et debout, de sorte que ces activités sont adaptées au handicap du recourant. De plus, la majeure partie de ces postes ne nécessite pas de formation particulière autre qu'une mise au courant initiale.

E. 12.4

En comparant le salaire avant invalidité de Fr. 66'072.66 avec celui après invalidité de Fr. 53'278.-, on obtient une perte de gain de 19.36% arrondie à 19% ($[(66'072.66 - 53'278.-) : 66'072.66 \times 100]$). Même indexés valeur 2008, années de la décision dont est recours, les revenus de référence précités et leur comparaison ne permettent pas d'atteindre un taux d'invalidité de 40% au moins. Il en va également de même si l'abattement retenu de 10% sur le revenu avec invalidité avait été porté à 15%, taux paraissant plus adapté à l'âge de l'assuré né en 1950 et à ses quelques limitations dans une activité adaptée ($[(66'072.66 - 50'317.45.-) : 66'072.66 \times 100 = 23.84\%]$).

E. 13

Il appert de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Le rapport médical E 213 du 6 avril 2010 est ultérieur à la décision attaquée et ne peut être pris en considération dans le cadre du recours contre la décision attaquée. Si l'assuré entend faire valoir une réelle dégradation de son état de santé après la date de la décision attaquée, il lui appartient de déposer une nouvelle demande de rente.

E. 14.1

Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à Fr. 300.-, sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont

compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté au cours de l'instruction.

E. 14.2

Il n'est pas alloué de dépens (art. 7 al. 1 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.