



---

Cour III  
C-4900/2013

## Arrêt du 16 septembre 2014

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz, juge unique,  
Nicole Ricklin, greffière.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_,  
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés  
résidant à l'étranger OAIE**, Avenue Edmond-Vaucher 18,  
Case postale 3100, 1211 Genève 2,  
autorité inférieure.

---

Objet

Assurance-invalidité (décision du 30 juillet 2013).

**Faits :****A.**

A. \_\_\_\_\_, ressortissant espagnol, né le (...) 1964, a travaillé en Suisse de 1982 à 2007 et cotisé à l'AVS/AI suisse (AI pce 18). Ensuite il est allé s'installer en France où il a poursuivi son activité lucrative jusqu'en janvier 2012.

**B.**

Le 25 octobre 2012, l'assuré a présenté une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), arguant qu'il présentait une incapacité totale de travail et bénéficiait d'une rente de la Sécurité sociale française depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2012 (AI pce 1). Dans le formulaire E 213 rempli le 8 novembre 2012, le médecin de la Sécurité sociale française a indiqué que, vu les douleurs au rachis, l'ancienne activité de mécanicien n'était plus exigible, mais qu'une activité adaptée à l'état de santé restait possible à plein temps (AI pce 8). Au cours de l'instruction du dossier, les rapports médicaux suivants ont été entre autres versés au dossier: IRM lombaire du 31 janvier 2012 (AI pce 29), radiographie du rachis cervico dorso lombaire du 14 février 2012 (AI pce 31), IRM cervicale du 15 mars 2012 (AI pce 32), EMG du bras droit du 30 avril 2012 (AI pce 37), arthrographie et arthroscanner de l'épaule droite du 7 août 2012 (AI pces 27 et 28) et attestations d'arrêt de travail du généraliste traitant pour la période de janvier 2012 à février 2013 (AI pce 38). Dans sa prise de position du 25 avril 2013, le médecin de l'OAIE a relevé que l'assuré présentait une lumboscialgie droite et une cervico-brachialgie droite, qu'il n'était plus capable d'exercer l'activité de garagiste indépendant depuis le 16 janvier 2012, mais qu'il gardait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à l'état de santé (AI pce 45). Dans sa comparaison de salaires du 15 mai 2013, l'OAIE a retenu un salaire mensuel sans invalidité de CHF 5'509.58 et un salaire mensuel d'invalidité de CHF 5'097.04, tenant compte d'un abattement de 10 %, ce qui correspond à un degré d'invalidité de 16,74 % (AI pce 46).

**C.**

Par projet de décision du 24 mai 2013 (AI pce 48), l'OAIE a signifié à l'assuré qu'il entendait rejeter la demande de prestations parce que l'assuré ne présentait pas d'invalidité au sens des dispositions légales. Par décision du 30 juillet 2013 (AI pce 49), l'OAIE a rejeté la demande de prestations parce que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à l'état de santé avec une perte de gain de 17 %.

**D.**

Le 30 août 2013, l'assuré a interjeté recours contre cette décision devant le Tribunal administratif fédéral (TAF pce 1). Il a argué qu'il présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle et qu'il était très difficile de trouver autre chose.

**E.**

Dans sa réponse au recours du 22 octobre 2013 (TAF pce 3), l'OAIE a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée parce que l'assuré ne pouvait certes plus exercer son activité de garagiste indépendant, mais ne subissait, dans une autre activité adaptée à l'état de santé (comme concierge ou caissier), qu'une perte de gain de 17 %, taux insuffisant pour l'octroi d'une rente.

**F.**

Par décision incidente du 5 novembre 2013 (TAF pce 4), le Tribunal administratif fédéral a imparti à l'assuré un délai de 30 jours pour s'acquitter, sous peine d'irrecevabilité du recours, d'une avance de CHF 400.- sur les frais de procédure présumés. L'assuré s'est acquitté dudit montant le 7 décembre 2013 (TAF pce 6).

**G.**

Dans sa réplique du 5 décembre 2013, le recourant a demandé une expertise médicale et fait valoir qu'il avait été hospitalisé en octobre 2013 pour la pose d'un neurostimulateur (TAF pce 7).

**H.**

Dans sa prise de position du 16 janvier 2014, le médecin de l'OAIE a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était peut-être détérioré et qu'une documentation supplémentaire était nécessaire. Dans sa duplique du 27 janvier 2014, l'OAIE a relevé qu'une aggravation de l'état de santé de l'assuré après la date de la décision ne pouvait pas faire l'objet de la présente procédure, mais devait en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative. C'est pourquoi l'OAIE a réitéré ses conclusions (TAF pce 9).

**I.**

Le recourant n'a pas présenté d'observations dans le délai que lui a imparti le Tribunal administratif fédéral par ordonnance du 7 février 2014 (TAF pce 10) notifiée le 10 février 2014 (TAF pce 11).

**Droit :****1.**

**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.

**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. d<sup>bis</sup> 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 26<sup>bis</sup> et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

**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.

**1.4** Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

**2.**

**2.1** L'examen du droit à des prestations selon la LAI s'agissant d'une rente octroyée antérieurement 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 130 V 445 et les références). Les dispositions de la LAI et de la LPGA, sont donc citées dans le présent arrêt dans leur teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012, sauf mention contraire, puisque les dispositions de la 6<sup>ème</sup> révision de la LAI (premier volet)

en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) sont applicables. En ce qui concerne les faits déterminant selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 130 V 4450 consid. 1.2).

**3.** Au niveau du droit international, 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 1<sup>er</sup> juin 2002 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1 et 0.831.109.268.11). Ces règlements sont applicables (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_455/2011 du 4 mai 2012). 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.

#### **4.**

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
- compter au moins trois années de cotisations (art. 36 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71).

En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois années 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.

## 5.

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

**5.2** Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LA). Suite à l'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) - n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

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

**5.4** Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, si cette diminution résulte

d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

## **6.**

**6.1** Le recourant a travaillé en Suisse pendant plus de 25 ans jusqu'en 2007 et poursuivi son activité lucrative en France. Depuis janvier 2012 il n'exerce plus aucune activité lucrative parce qu'il considère qu'il est inapte au travail.

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

**6.3** Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

## **7.**

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

**7.2** 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).

## **8.**

**8.1** En l'espèce, dans la décision du 30 juillet 2013, l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'assuré parce que l'assuré ne présentait pas d'invalidité au sens des dispositions légales, une activité adaptée à l'état de santé restant exigible à 100 %. L'assuré, quant à lui, fait valoir qu'il touche une rente d'invalidité de la Sécurité sociale française et présente une incapacité totale de travail. Il demande la mise en œuvre d'une expertise médicale.

**8.2** Compte tenu des pièces médicales versées au dossier, le Tribunal de céans ne peut que se rallier à l'avis du service médical de l'assurance-invalidité selon lequel l'assuré, à cause de ses problèmes orthopédiques (lumboischialgie droite et cervico-brachialgie droite) n'est plus en mesure d'exercer son ancienne activité de mécanicien et garagiste indépendant, mais garde une capacité de travail à plein temps dans une activité adaptée. L'assuré a certes joint des certificats de son médecin traitant confirmant une incapacité totale de travail, mais le service médical de l'OAIE a expressément mentionné dans sa prise de position du 25 avril 2013 que l'ancienne activité n'était certes plus exigible, mais qu'une activité adaptée aux problèmes de santé restait exigible à plein temps (AI pce 45). C'est d'ailleurs également l'avis du médecin de la Sécurité sociale française (AI pce 8). Il appartient au service médical de l'AI de se prononcer sur la base du dossier et d'instruire plus à fond notamment par le biais d'expertises médicales, en cas de dossiers médicaux contradictoires ou incomplets. Si l'administration, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit être procédé d'office, est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante, et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer

d'autres preuves (arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3 et les références; VALTERIO, op. cit., n° 2867). En l'occurrence le dossier ne présentant pas d'incohérence, l'appréciation retenue par le service médical de l'AI, d'une capacité de travail à plein temps dans une activité adaptée au moment de la décision attaquée n'a pas lieu d'être mise en doute. Une éventuelle aggravation de l'état de santé après le 30 juillet 2013 (date de la décision attaquée) ne pouvant pas être l'objet de la présente procédure, le Tribunal retient donc que l'assuré pouvait exercer une activité adaptée à plein temps à la date de la décision attaquée.

## **9.**

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

**9.2** 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. 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).

## **10.**

**10.1** En l'espèce il y a ainsi lieu de procéder à une évaluation de l'invalidité selon la méthode générale. En effet, l'intéressé exercerait aujourd'hui

encore une activité lucrative s'il ne se considérait pas inapte au travail. Dans sa comparaison de salaires du 15 mai 2013, l'OAIE a retenu un salaire mensuel sans invalidité de CHF 5'509.58 et un salaire mensuel d'invalidité de CHF 5'097.04, tenant compte d'un abattement de 10 %, ce qui correspond à un degré d'invalidité de 16,74 %, arrondi à 17 % (AI pce 46). Ces chiffres paraissent corrects et ne sont du reste pas contestés par l'assuré. Le degré d'invalidité dans une activité adaptée étant inférieure à 40 %, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**10.2** Dans le cadre de cette demande de rente, il est utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références citées; ATF 123 V 233 consid. 3c). Dans ce contexte, il convient de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3).

## **11.**

Comme l'OAIE l'a relevé dans sa duplique du 27 janvier 2014 (TAF pce 9), une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assuré après la date de la décision attaquée doit en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative. Il appartiendra donc à l'OAIE de donner la suite nécessaire aux documents produits par l'assuré avec sa réplique du 5 décembre 2013 (TAF pce 7).

## **12.**

**12.1** Le recours, manifestement infondé, doit partant être rejeté dans une procédure à juge unique (art. 85<sup>bis</sup> al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10], applicable par le renvoi de l'art. 69 al. 2 LAI).

**12.2** Les frais de procédure, fixés à 400 francs, sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquittée au cours de l'instruction.

**12.3** Il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173. 320.2]).

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

Les frais de procédure de CHF 400.- sont mis à la charge du recourant et sont prélevés sur l'avance de même montant déjà fournie.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé AR)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. \_\_\_\_\_ ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

La juge unique :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Nicole Ricklin

**Indication des voies de droit :**

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :