



Cour III
C-521/2013

Arrêt du 27 juin 2014

Composition

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

Parties

A. _____,
représenté par Maître Pierre Gabus,
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 10 décembre 2012).

Faits :**A.**

A._____, ressortissant suisse, né le (...) 1953, père de deux enfants nés en 1980 et 2000, a travaillé en Suisse de 1973 à 2003 et cotisé à l'AVS/AI suisse. Il réside actuellement en France.

B.

Le 25 mars 1996, l'assuré avait présenté une première demande de prestations de l'assurance-invalidité à cause de maux de tête suite à une méningite en 1987 et de troubles dorsaux depuis 1983 (AI pce 1). Par décision du 30 septembre 1999, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) avait refusé la demande de prestations parce que l'assuré souffrait d'une affection non pas permanente mais de longue durée (AI pce 19).

C.

Le 1^{er} juillet 2004, l'assuré a présenté une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI pce 20). Il a indiqué qu'il était incapable de travailler depuis le 25 novembre 2002 à cause de problèmes au niveau cérébral et dorsal ainsi que de difficultés psychologiques. Par décision du 16 novembre 2006 (AI pce 105), l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève (OAI-GE) a rejeté la demande de prestations, considérant que l'activité habituelle de camionneur-déménageur n'était certes plus possible, mais qu'une activité adaptée aux lombalgies restait exigible à 100 % puisque qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique invalidante. Par arrêt du 12 août 2009, le Tribunal administratif fédéral a annulé la décision du 16 novembre 2006 et renvoyé la cause à l'autorité inférieure pour établir avec précision l'état de santé psychique de l'assuré, ses conséquences sur la capacité de travail et de gain, dans une activité adaptée, ainsi que la date à partir de laquelle cette éventuelle incapacité est intervenue (procédure C-7469/2006).

D.

Le 2 février 2010, l'assuré s'est soumis à une expertise psychiatrique auprès de la Dresse B._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Selon le rapport d'expertise du 18 février 2010 (AI pce 132), l'assuré présente des troubles mixtes de la personnalité, la dysthymie n'a pas de répercussion sur la capacité de travail et l'activité habituelle de déménageur reste, du point de vue psychiatrique, exigible à 70 % (6 heures par jour) sans baisse de rendement. Le 20 février 2012, l'assuré s'est soumis à une expertise rhumatologique auprès du Dr C._____, spécia-

liste FMH en rhumatologie et médecine interne. Selon le rapport d'expertise du 21 février 2012 (AI pce 173), l'assuré présente des lombo-pseudosciatalgies bilatérales chroniques et des troubles statiques modérés et dégénératifs importants du rachis, les omalgies droites chroniques n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail, l'activité habituelle de chauffeur déménageur n'est pas exigible, mais une activité adaptée sans ports de charges au-delà de 10 kg et excluant les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux reste exigible de 2003 à mai 2007 à 100 % et à partir de mai 2007 à 80 % sans diminution supplémentaire de rendement. Dans son avis médical du 14 mars 2012, le médecin du SMR a estimé que l'assuré présentait depuis mars 2003 une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle et une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée ainsi qu'une aptitude à la réadaptation (AI pce 175). Le 14 juin 2012, le service de réadaptation de l'OAI-GE a constaté que des mesures d'ordre professionnelles n'étaient pas envisageables et a retenu un degré d'invalidité de 53 % sur la base d'un revenu sans invalidité de CHF 68'065.- et d'un revenu avec invalidité de CHF 32'065.- (AI pces 181 et 182).

E.

Par projet de décision du 18 juin 2012, l'OAI-GE a signifié à l'assuré qu'il entendait lui octroyer une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} mars 2004 sur la base d'un degré d'invalidité de 53 % et de refuser des mesures professionnelles (AI pce 183). Le 27 juillet 2012, l'assuré a argué que sa capacité résiduelle de travail n'était pas exploitable dans un circuit économique normal et donc nulle. Il a demandé l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} mars 2014 (AI pce 187). Dans son avis médical du 28 août 2012, le médecin du SMR a relevé que l'évaluation des deux expertises restait valable car les stages d'évaluation représentaient une forme subjective d'appréciation de la capacité de travail et ne pouvaient pas avoir une valeur prépondérante devant une expertise de bon niveau (AI pce 189). Par décision du 10 décembre 2012, l'OAIE a octroyé à l'assuré à compter du 1^{er} mars 2004 une demi-rente d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 53 %.

F.

Le 31 janvier 2013, l'assuré a interjeté recours contre cette décision devant le Tribunal administratif fédéral (TAF pce 1). Il a argué que, selon ses médecins traitants, il était inapte au travail et présentait donc une incapacité totale de travail. Il a demandé l'annulation de la décision attaquée et l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2004.

G.

Dans sa réponse au recours du 25 mars 2013, l'OAIE a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 3). Il a renvoyé à la prise de position du 21 mars 2013 de l'OAI-GE qui a relevé qu'il fallait se baser sur l'évaluation des deux expertises parce que l'avis des médecins primait sur celui des organes d'observation professionnelle pour déterminer la capacité de travail, les constatations faites à l'occasion d'un stage d'observation étant susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré.

H.

Par décision incidente du 4 avril 2013, le Tribunal administratif fédéral a imparté à l'assuré un délai jusqu' au 8 mai 2013 pour s'acquitter, sous peine d'irrecevabilité du recours, d'une avance de CHF 400.- sur les frais de procédure présumés (TAF pce 4). L'assuré s'est acquitté dudit montant le 16 avril 2013 (TAF pce 6). Le 8 mai 2013, il a encore présenté des observations (TAF pce 7).

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^{bis} 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^{bis} 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.

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 et les références). Les dispositions de la révision 6a (premier volet) de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 sont applicables et les dispositions citées ci-après sont celles en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2012 vu la date de la décision attaquée.

3.

3.1 La décision dont est recours fait suite à une première demande de rente ayant été rejetée par décision du 30 septembre 1999 de l'OAIE parce que l'assuré souffrait d'une affection non pas permanente mais de longue durée.

3.2 En application de l'art. 87 al. 3 et 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou accordée pour une période limitée, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Il appartient au demandeur d'apporter cette preuve. Le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 68 consid. 5.2.5; arrêt du Tribunal fédéral I 607/04 du 6 décembre 2005 consid. 3). A défaut d'apporter cette preuve préalable au nouvel examen du droit à la rente, l'affaire est liquidée sans autre examen par une décision de non-entrée en matière sujette à recours devant le tribunal compétent. Toutefois, le degré de la preuve exigée par l'art. 87 al. 3 RAI n'est pas celui de la haute vraisemblance prépondérante généralement exigée en matière d'assurance sociale. Il suffit que certains indices (simple vraisemblance) militent en faveur d'une aggravation de l'état de santé, même si subsiste la possibilité que la modification invoquée soit démentie par un examen plus approfondi (cf. arrêt

du Tribunal fédéral 9C_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2. et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.2). Par ailleurs, si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 71 consid. 2.2).

3.3 Dans l'examen des allégations de l'assuré quant à la péjoration de son état de santé, l'administration doit se montrer d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Inversement, si le laps de temps est relativement long l'administration a un devoir d'examen plus large. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Le juge doit comparer la situation existante au moment du rejet de la demande de rente avec les circonstances existantes au moment de la décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande (arrêt du Tribunal fédéral I 187/05 du 11 mai 2006, voir ég. ATF 130 V 349 consid. 3.5).

3.4 Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; ATF du 8 janvier 2007 cause I 597/05). Ces principes, développés par la jurisprudence en relation avec la nouvelle demande de prestations (art. 87 al. 3 et 4 RAI), sont également applicables, par analogie, à la demande de révision (ATF 130 V 73 consid. 3, 109 V 264 consid. 3).

3.5 En l'espèce, l'OAIE n'a pas rendu de décision de refus d'entrer en matière, mais a examiné la nouvelle demande matériellement. Le Tribunal peut donc se limiter à examiner si le requérant remplit les conditions d'octroi d'une rente jusqu'au 10 décembre 2012, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 136 V 24 consid. 4.3 avec les réf.).

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 LPG/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 et, dans l'affirmative, à quel degré.

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^{er} 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 se-

lon 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 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 1^{er} janvier 2008).

6.

6.1 Le recourant a travaillé en Suisse de 1973 à 2003 Il n'a pas poursuivi son activité lucrative parce qu'il considère qu'il ne peut plus exercer aucune activité vu son état de santé.

6.2 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. 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 10 décembre 2012, l'OAIE a retenu qu'il existait une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée selon les expertises de la Dresse B._____ et du Dr C._____. L'assuré, quant à lui, fait valoir que sa capacité de travail est nulle dans toute activité professionnelle. Il a joint à son recours, entre autres, un rapport du 31 juillet 2012 de la Dresse D._____, FMH médecine interne générale, qui considère que l'assuré souffre d'un trouble dépressif récurrent et que sa capacité de travail est nulle dans toute activité, ainsi qu'un rapport du 3 septembre 2012 du Dr E._____, FMH neurochirurgie, qui note que le recourant est à juste titre au bénéfice d'un arrêt de travail total depuis des années et qu'il n'y a aucune disparité entre la symptomatologie clinique et les documents radiologiques.

8.2 Selon l'avis unanime de tous les médecins qui se sont exprimés sur ce cas, le recourant ne peut plus exercer son ancienne activité de chauff-

feur déménageur. Par contre, leurs avis divergent sur l'estimation d'une éventuelle capacité résiduelle de travail dans une activité plus légère. Lors d'une observation professionnelle en novembre 2010, l'assuré a déclaré qu'il se considérait comme incapable d'entrer dans une démarche de réinsertion et incapable de travailler (AI pce 152). Comme l'a relevé l'OAI-GE dans sa prise de position du 21 mars 2013, selon la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C-34/2008 du 7 octobre 2008), l'avis des médecins prime sur celui des organes d'observation professionnelle pour déterminer la capacité de travail, les constatations faites à l'occasion d'un stage d'observation étant susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré. En l'espèce, il faut donc se baser sur le documents médicaux.

8.3 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).

8.4 Alors que les deux experts mandatés par l'OAIE évaluent la capacité résiduelle dans une activité adaptée à 80 % du point de vue somatique respectivement à 70 % du point de vue psychique, la Dresse D._____ et le Dr E._____ considèrent que l'assuré est incapable d'exercer une activité lucrative quelle qu'elle soit. Dans son rapport du 3 septembre 2012, le Dr E._____ n'explique pas pourquoi l'instabilité lombo-sacrée, qu'il a diagnostiquée en se basant sur des radiographies de 2007, rendrait toute activité impossible y compris une activité sans ports de charges au-delà de 10 kg et excluant les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux que le Dr C._____ considère comme exigible à 80 %. Le Tribunal de céans considère donc que l'avis du Dr E._____, traitant l'assuré depuis plusieurs années et étant donc enclin à être prudent dans son appréciation de la capacité de travail, ne peut pas être retenue, que l'expertise du Dr C._____ est claire, bien motivée et répond à tous les critères posés par la jurisprudence et qu'il faut donc retenir que, du point de vue somatique, une activité adaptée est exigible à 80 %. Sur le plan psychique, la Dresse D._____ considère, dans son rapport du 31 juillet 2012, que l'assuré présente un trouble dépressif récurrent depuis 1996

avec un épisode actuel moyen, mais elle précise que l'état dépressif permettrait à l'assuré de travailler et que seuls les symptômes douloureux provoqués par l'atteinte au rachis l'en empêchent. La Dresse B._____, par contre, dans son rapport d'expertise du 18 février 2010, mentionne expressément que l'assuré ne souffre pas d'un trouble dépressif récurrent, mais d'une dysthymie qui n'a pas de répercussion sur la capacité de travail. L'experte psychiatre considère, par contre, que l'activité habituelle de déménageur ou toute autre activité, vu les troubles mixtes de la personnalité, n'est plus exigible qu'à 70 % (6 heures par jour) sans baisse de rendement. L'experte psychiatre mandatée par l'AI estime donc, contrairement à la Dresse D._____, que la capacité résiduelle de travail du point de vue psychiatrique est limitée. Le Tribunal constate que la Dresse D._____, selon son papier à lettres, ne dispose pas de titre FMH en psychiatrie et psychothérapie contrairement à la Dresse B._____. Le Tribunal considère qu'il faut se baser sur l'expertise psychiatrique de la Dresse B._____, que la capacité de travail de l'assuré est également limitée du point de vue psychiatrique et qu'une activité adaptée est exigible à 70 % sans baisse de rendement.

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 di-

minution 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. L'OAIE a retenu un degré d'invalidité de 53 % sur la base d'un revenu sans invalidité de CHF 68'065.- et d'un revenu avec invalidité de CHF 32'065.-. Le recourant ne s'est pas prononcé sur les chiffres retenus par l'OAIE. La comparaison de revenu effectuée par l'OAIE dans la décision attaquée paraît correcte. Le degré d'invalidité étant de 53 %, le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité. Il appert de ce qui précède que 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.

11.1 Le recours, manifestement infondé, doit partant être rejeté dans une procédure à juge unique (art. 85^{bis} 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).

11.2 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 acquitté au cours de l'instruction.

11.3 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]).

(dispositif à la page suivante)

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 (Acte judiciaire)
- 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 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). 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 :