

BVGer C-1616/2016 vom 3. September 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-09-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1616_2016

FR: TAF C-1616/2016 du 3 septembre 2018

IT: TAF C-1616/2016 del 3 settembre 2018

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

En vertu des art. 31 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le TAF connaît des recours interjetés contre les décisions de l'OAIE. Aux termes de l'art. 40 al. 2 du règlement 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 - dans le cas concret il s'agit de l'OAI, l'assuré ayant travaillé en tant que frontalier à Z._____ (AI pce 13 pp. 2 ss). En revanche, selon l'art. 40 al. 2 in fine RAI, c'est l'OAIE qui notifie les décisions. En l'occurrence, c'est donc à juste titre que l'OAIE a rendu la décision contestée. En conséquence, le Tribunal de céans est compétent pour connaître du recours contre la décision de l'OAIE, les exceptions de l'art. 32 LTAF n'étant du reste pas réalisées

E. 1.2

La procédure devant le TAF en matière d'assurances sociales est régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la LTAF, la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI ne sont pas applicables (cf. art. 3 let. dbis PA en relation avec art. 37 LTAF, art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

E. 1.3

Le recourant a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE, étant touché par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

E. 1.4

Le recours a été déposé en temps utile ainsi que dans les formes requises par la loi (cf. art. 60 LPGA et art. 52 PA) et l'avance sur les frais de procédure a été dûment acquittée (cf. art. 63 al. 4 PA). Partant, le recours est recevable et le Tribunal de céans entre en matière sur le fond du recours.

E. 2.1

Aux termes de l'art. 49 PA, les parties peuvent invoquer devant le Tribunal de céans la violation du droit fédéral, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) ainsi que l'inopportunité (let.

c). Le TAF jouit donc du plein pouvoir d'examen.

E. 2.2

Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office (cf. art. 12 PA) et librement (cf. ci-dessus) ; l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, il examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués par l'assuré à l'appui de son recours (cf. art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée par l'autorité inférieure dans sa décision (cf. Pierre Moor/Etienne Poltier, *Droit administratif*, Volume II, *Les actes administratifs*, 3ème édition 2011, p. 300 s.; Jérôme Candrian, *Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral*, 2013, n° 176 et 186 pp. 105 et 110). Toutefois, 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*, 2ème édition 2013, p. 25 n. 1.55).

E. 3.1

S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel sont généralement déterminantes les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (notamment : ATF 139 V 297 consid. 2.1). Le jour où la demande de prestations a été présentée constitue le fait juridiquement déterminant pour fixer le début du droit à la rente d'invalidité, respectivement du versement de celle-ci (cf. art. 29 al. 1 LAI; ATF 117 V 23 consid. 3b; arrêt du TF [ci-après : TF] 9C_896/2014 du 29 mai 2015 consid. 4.1.1). Partant, en l'occurrence, la cause doit être examinée à la lumière des dispositions en vigueur entre le 26 février 2015 (AI pce 1) et le 11 février 2016 (AI pce 44). Le moment où la décision attaquée a été rendue marque, du reste, la limite dans le temps du pouvoir d'examen du Tribunal (notamment : 132 V 215 consid. 3.1.1).

E. 3.2

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant français a été assuré en Suisse plusieurs années (AI pce 5). 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), entrée en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1er juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1, 128 V 317 consid. 1b/aa). Compte tenu de la période pendant laquelle se sont déroulés les faits déterminants (cf. 3.1 ci-dessus; arrêt du TF I 484/05 du 13 avril 2006 consid. 1.2, non publié dans les ATF 132 V 244), 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), déterminant dans les relations entre la Suisse et les autres Etats membres à partir du 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]), 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), dans leurs versions en vigueur depuis le 1er janvier 2015, sont applicables (cf. à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3.2 et C-3985/2012 du 25 février 2013

consid. 2.1). Au sens de l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. En outre, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de dispositions contraires, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi des prestations de l'assurance invalidité suisse sont déterminées d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004; ATF 130 V 257 consid. 2.4; à titre d'exemple : arrêts du TF 8C_329/2015 du 5 juin 2015, 9C_54/2012 du 2 avril 2012, I 376/05 du 5 août 2005 consid. 1).

E. 4

En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'OAIE a rejeté la demande de prestations du recourant. Celui-ci conclut à titre principal à l'octroi d'une rente d'invalidité (TAF pces 1 et 20) et de mesures de réorientation professionnelles aussitôt que son état de santé sera stabilisé (TAF pce 20). A titre préalable, il réclame l'ordonnance d'une expertise judiciaire afin de clarifier son état de santé et sa réelle capacité de gain (cf. TAF pces 16, 20 et 30). Dans un premier temps, il sied d'examiner le droit du recourant à une rente d'invalidité et la nécessité d'ordonner une expertise judiciaire.

E. 5

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 LPG/LAI et - avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant trois années au total (art. 36 al. 1 LAI) dont au moins une année doit être accomplie en Suisse lorsque la personne intéressée a été assujettie à la législation de deux ou plusieurs Etats membre de l'Union européenne (cf. art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du règlement n°883/2004; FF 2005 p. 4065). En l'occurrence, l'assuré remplit la condition liée à la durée minimale de cotisations, ayant cotisé plusieurs années à l'AVS/AI suisse (AI pce 5). Il sied d'examiner si les autres conditions pour le droit à une rente sont remplies.

E. 6.1

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : - 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 (let. a), - elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), - au terme de cette année, elle est invalide à 40% au moins (let. c). En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPG. L'al. 3 de l'art. 29 LAI prévoit encore que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

E. 6.2

L'invalidité au sens de la LPG 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 (cf. art. 8 LPG et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de gain que l'assuré subit, sur un marché du travail équilibré, en raison d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qui persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPG). De plus, il n'y a

incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité que celle exercée auparavant (cf. art. 6 LPGA).

E. 6.3

La notion d'incapacité de gain implique qu'en Suisse l'invalidité est de nature juridique-économique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Seules les pertes économiques et les empêchements constatés dans les travaux habituels (par exemple le ménage), liés à une atteinte à la santé, sont assurés. Le taux d'invalidité ne se confond ainsi pas nécessairement avec le taux d'incapacité de travail déterminé par les médecins.

E. 6.4

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. consid. 9.1 ss ci-dessous).

E. 6.5

L'art. 28 al. 2 LAI stipule que la rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% 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. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne indépendamment de leur domicile et résidence (cf. art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004 déterminants malgré l'art. 29 al. 4 LAI).

E. 7.1

Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA) - aussi celle devant le Tribunal de céans (cf. consid. 2.2 ci-dessus) - l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (Pierre Moor/Etienne Poltier, op. cit., p. 255). Concrètement, afin d'instruire une demande de prestations AI, l'art. 69 al. 2 RAI prescrit que l'Office AI réunit, lorsque les conditions d'assurance sont remplies - comme en l'occurrence (cf. consid. 5 ci-dessus) - les pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations, en particulier des rapports médicaux. En effet, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé (ATF 143 V 418 consid. 6).

Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler compte tenu de ses limitations. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c). Nonobstant, l'évaluation finale des conséquences fonctionnelles d'une atteinte à la santé, voire la question de savoir quelle capacité de travail peut être exigée de la personne assurée constitue une question de droit et il appartient à l'administration et, cas échéant, au Tribunal de la pratiquer (ATF 144 V 50 consid. 4.3, 140 V 193 consid. 3.2).

E. 7.2

Le Tribunal examine les preuves d'office et librement (notamment : ATF 143 V 418 consid. 6, 137 V 210 consid. 1.3.4; cf. consid. 2.1 et 2.2 ci-dessus). Il doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance (ATF 132 V 93 consid. 5.2.8; arrêt du TF 8C_633/2017 du 16 février 2018 consid. 4.3.4), puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 251 consid. 3a; cf. aussi ATF 143 V 418 consid. 5.2.2).

E. 7.3

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier les rapports médicaux.

E. 7.3.1

L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais son contenu. Ainsi, avant de lui conférer valeur probante, le Tribunal s'assurera que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport médical se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et références). Il faut en outre que le médecin possède les titres nécessaires dans les spécialités médicales déterminantes (notamment : arrêt du TF 9C_415/2017 du 21 septembre 2017 consid. 3.1 et références; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, 2011, ch. 2910 p. 799).

E. 7.3.2

Le Tribunal ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné grâce à ses connaissances spéciales. En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; arrêts du TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits - même émanant de spécialistes - ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale (arrêts du TF 9C_748/2013 cité consid. 4.1.1, U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

E. 7.4

Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour

l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (notamment : ATF 139 V 176 consid. 5.3).

E. 8.1

Lorsque l'OAIE a rendu sa décision querellée, il disposait dans un premier temps des documents médicaux suivants : - le résultat de l'examen par IRM du rachis cervical du 8 septembre 2014, signé du Dr K._____ (AI pce 10 p. 9), - le résultat de l'examen radiologique du rachis cervical du 17 septembre 2014, signé du remplaçant du Dr L._____ (AI pce 10 p. 8), - le rapport du 25 novembre 2014 du Dr M._____, rhumatologue qui note à l'examen des signes de cervicalgies musculaires avec arthrose cervicale ainsi qu'un terrain un peu anxieux (AI pce 10 p. 7), - le rapport du 15 décembre 2014 de la Dresse B._____, médecin généraliste, qui a observé le 26 juin 2014 un syndrome du canal carpien droit, le 4 juillet 2014 une névralgie cervico-brachialgie droite et le 19 septembre 2014 une cervicarthrose C3-C4, C5-C6 et C6-C7 avec décomposition algique et note comme limitations les positions imposées et fixes, les gestes répétitives et le port de choses lourdes ; elle atteste les incapacités de travail suivantes : 100% du 22 septembre au 29 octobre 2014, 50% du 30 octobre au 13 novembre 2014 et 100% du 14 novembre 2014 au 5 janvier 2015 (AI pce 2 pp. 10 s.), - le rapport du 5 février 2015 de l'expertise médicale pratiquée par le Dr C._____, médecin interniste et rhumatologue FMH, qui pose le diagnostic de cervico-brachialgies probablement C7 droites non déficitaires liées à une uncarthrose avec discrète sténose du foramen C6-C7 droit liée à un discret ostéophyte et note que la symptomatologie est apparue spontanément en juin 2014. Il estime que l'assuré peut reprendre son activité habituelle à temps complet dans un mois au plus tard, avec un traitement par des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et physiothérapie plus active que celle pratiquée jusqu'alors avec notamment des exercices de mobilisation et de renforcement musculaire de la musculature rachidienne (AI pce 2 pp. 3 à 9), - les certificats d'incapacité de travail suivants, établis par la B._____ : 100% du 27 juin au 3 juillet 2014 (AI pce 2 pp. 33 s.), 100% du 22 septembre au 29 octobre 2014 (AI pce 2 pp. 30 à 32), 50% du 30 octobre au 13 novembre 2014 (AI pce 2 p. 25), 100% du 14 novembre 2014 au 5 janvier 2015 (AI pce 2 pp. 19, 21, 23), 50% du 6 au 12 janvier (AI pce 2 p. 17) ainsi que du 21 janvier au 23 mars 2015 (AI pce 2 pp. 13 et 15), - le rapport médical du 27 avril 2015 de la Dresse B._____ qui pour le diagnostic déjà posé atteste depuis le 6 janvier 2015 une incapacité de travail de 50% et note que l'assuré doit pouvoir changer de positions, en particulier modifier la position de son rachis cervical au cours de son activité professionnelle afin de prévenir des crises douloureuses (AI pce 10), - le résultat du 15 octobre 2015 de l'IRM du rachis cervical, signé de la Dresse E._____ (AI pce 33). Les médecins du SMR ont été invités à prendre position. Le Dr D._____, dans son avis du 28 septembre 2015 (AI pce 22), remarque que l'assuré présente une atteinte cervicale liée essentiellement à une arthrose marquée (au vu de son âge) au niveau de C3-C4 avec notamment un ostéophyte en C7 qui réduit légèrement le trou de conjugaison à ce niveau. Se basant sur le rapport d'expertise du Dr C._____ et l'analyse du cahier de charge du poste de travail de l'assuré, il estime que la capacité de travail de l'assuré ne dépasse pas 50% dans l'activité habituelle en raison de la nécessité de changer de position au moins une fois par heure et de l'interdiction de porter de charges. Selon lui, l'assuré ne peut par ailleurs pas exercer une activité impliquant la position des membres supérieurs en dessus de l'horizontale. Cependant, dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assuré est, selon ce médecin, entière. La Dresse F._____ du SMR (AI pce 35), invitée à prendre

position sur le résultat du 15 octobre 2015 de l'IRM du rachis cervical note le 30 octobre 2015 que ce résultat n'apporte pas d'éléments dans le sens d'une aggravation notable de l'état de santé et que les conclusions précédentes restent valables.

E. 8.2

Lors de la procédure d'audition introduite par le projet de décision du 11 décembre 2015, les nouveaux rapports suivants ont été produits : - le rapport du 17 novembre 2015 du Dr G._____, rhumatologue, maladies des os et des articulations et médecin du sport, qui tout en observant un état stable et rassurant, sans signe nets de compression, estime que le poste de travail reste un problème et qu'il ne voit pas l'assuré reprendre son travail à 100% (AI pce 40 p. 5), - le résultat du 1er décembre 2015 de l'EMG, signé de la Dresse N._____, concluant que l'examen neurologique est normal (AI pce 40 p. 3), - le courrier reçu le 15 janvier 2016 de la Dresse B._____ qui mentionne que l'assuré arrive à tolérer son travail à mi-temps même après que son poste a été adapté et qu'il change régulièrement la position de travail et ne fait plus d'efforts physiques, étant toujours gêné par des cervicalgies irradiant dans les épaules et dans les membres supérieurs alors qu'il prend des antiinflammatoires et antidouleurs et suit la kinésithérapie. A son avis, une reprise de travail à 100% n'est pas envisageable pour l'instant (AI pce 40 p. 1).

E. 8.3.1

Dans le cadre de la présente procédure, le recourant a versé au dossier les documents suivants : - le rapport du 15 juillet 2016 du Dr P._____, neurochirurgien qui note qu'à la lumière de la persistance du tableau clinique et de l'aggravation des douleurs une intervention chirurgicale sur la hernie C3-C4 est programmée pour le 4 août 2016 (TAF pce 12 annexe 1), - le résultat du 18 juillet 2016 de l'IRM du rachis cervical, signé du Dr O._____ qui conclut que les données de l'IRM cervicale par rapport au précédent bilan datant de 2014 sont d'aspect stable (TAF pce 12 annexe 2), - le compte-rendu opératoire du 4 août 2016, faisant état d'une discectomie C3-C4, exérèse de la cervicarthrose, libération foraminale et arthrodèse par cage (TAF pce 12 annexe 3), - le courrier du 5 août 2016 du Dr P._____ mentionnant notamment une ordonnance pour 20 séances de rééducation à domicile et un arrêt de travail de deux mois (TAF pce 12 annexe 4), - le rapport médical du 6 décembre 2016 de la Dresse B._____ qui informe que l'évolution post-opératoire est favorable et la rééducation en cours ; elle atteste que l'assuré a présenté du 6 janvier 2015 au 31 juillet 2016 une incapacité de travail de 50% et depuis le 3 août 2016 une incapacité de travail totale, la mobilité cervicale et de la tête étant restreinte (TAF pce 16 annexe), La Dresse F._____, dans son avis médical du 19 janvier 2017 rappelle le dossier médical entier et conclut que les éléments à disposition suggèrent une aggravation subjective des douleurs survenues jusqu'à l'opération d'août 2016 mais qu'il n'existe pas d'éléments nouveaux conduisant à remettre en question les conclusions précédentes ou permettant d'évoquer une aggravation durable sur le plan objectif. Pour la période postérieure à la décision attaquée, un arrêt de travail de quelques mois est justifié dans les suites de l'opération d'août 2016, sauf en cas d'évolution défavorable (TAF pce 18 annexe 2).

E. 8.3.2

Ultérieurement sont encore produits en cause les rapports ci-après : - le rapport du 1er février 2017 de la Dresse B._____ qui remarque que l'assuré présente actuellement des douleurs cervicales du côté gauche, avec une irradiation sur la face latérale du bras et du devant bras gauche, quasi permanentes et parfois des fourmillements dans les doigts 4 et 5

de la main gauche. Elle informe que suite à l'intervention chirurgicale il y a d'abord eu une nette amélioration et que la rééducation c'est très bien passé mais que depuis mi-octobre, l'assuré a commencé avoir des douleurs du côté gauche plus fortes qu'auparavant et qu'il se dit empêché pour les gestes de la vie quotidiennes. Le médecin conclut qu'au vu de cette aggravation de l'état de santé il est difficile de prévoir une date pour une reprise de l'activité professionnelle (TAF pce 20 annexe 3), - le rapport du 9 mars 2017 de l'expertise neurochirurgique, établi par le Dr H. _____ de la clinique J. _____, mandaté par Y. _____ Assurances, qui retient une dégénérescence (hernie et uncarthrose ; IRM cervicale du 5 février 2015) du disque intervertébral et des vertèbres C3-C4 en état de guérison depuis l'intervention du 4 août 2016, une dégénérescence (ostéophyte discale) stable du disque intervertébral C5-C6 et une dégénérescence (minime protrusion et débord) du disque intervertébral et vertèbres C6-C7 stabilisée, sans incidence sur la capacité de travail au jour du rendez-vous de l'expertise. Il retient comme limitations une position des bras au-dessus de la ligne des épaules, des mouvements de traction, de position en porte-à-faux cervical prolongée et de port de charges lourdes et conclut qu'au jour de l'expertise du 10 février 2017, il n'est retrouvé aucun diagnostic incapacitant, l'irritation radiculaire C4 initiale dans le cadre de la hernie discale C3-C4 ayant justifié initialement une incapacité de travail qui pouvait être admise jusqu'à trois mois postopératoire (TAF pce 22 annexe). Invité à prendre position, le Dr I. _____ du SMR, conclut le 15 mai 2017 que l'expert ne retient pas de nouvelles limitations fonctionnelles et atteste une capacité de travail pleine dans toute activité respectant celles-ci, et en particulier, l'ancienne activité tel qu'adaptée par l'employeur. Pour la période post-opératoire, il ne retient qu'une incapacité de travail temporaire. Selon le Dr I. _____, les résultats de l'expertise du Dr H. _____ confirment ainsi les conclusions précédentes du SMR (TAF pce 24 annexe 2).

E. 8.4

L'OAIE a basé sa décision attaquée principalement sur le rapport d'expertise du 5 février 2015 du Dr C. _____ (AI pce 2 pp 3 à 9), mandaté par Y. _____ Assurances. L'office intimé s'est aussi fondé sur les rapports du SMR des 28 septembre et 15 octobre 2015 (AI pces 22 et 35; cf. consid. 8.1). Après la décision querellée du 11 février 2016, plusieurs nouveaux rapports médicaux ont été produits s'agissant notamment de l'intervention chirurgicale du 4 août 2016. Les médecins du SMR ont pris positions sur ceux-ci ainsi que sur le rapport du 9 mars 2017 du Dr H. _____ dont l'expertise a été requise par Y. _____ Assurances (cf. consid. 8.3.1 et 8.3.2). Tous ces rapports, postérieurs à la décision attaquée qui limite le pouvoir d'examen du Tribunal dans le temps (cf. consid. 3.1 ci-dessus), ne sont toutefois déterminants que pour autant qu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation des faits au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1; RCC 1980 p. 481; Michel Valterio, op. cit., ch. 3080 p. 836).

E. 8.5

Le TAF constate qu'il est incontesté que l'assuré souffre d'une atteinte cervicale, soit, selon le Dr C. _____, d'une cervico-brachialgie probablement C7 droite non déficitaire, liée à une uncarthrose avec discrète sténose du foramen C6-C7 droit liée à un discret ostéophyte (AI pce 2 p. 8). La Dresse B. _____, médecin traitant de l'assurée, mentionne une névralgie cervicobrachiale droite (4 juillet 2014) ainsi qu'une cervicarthrose C3-C4, C5-C6 et C6-C7 (19 septembre 2014; AI pce 2 pp 10 ss et AI pce 10) et le Dr D. _____ du SMR note que l'atteinte est liée essentiellement à une arthrose marquée, au vu du jeune âge de

l'assuré, au niveau C3-C4 avec notamment un ostéophyte en C7 (AI pce 20). La Dresse B. _____ a encore fait état d'un syndrome du canal carpien droit, observé le 26 juin 2014 (AI pce 2 pp 10 ss et AI pce 10), mais l'ENMG de contrôle du 3 février 2015 s'est relevé normal raison pour laquelle ce diagnostic n'a pas été maintenu par la suite (cf. rapport du Dr C. _____ [AI pce 2 pp. 3 et 5]; cf. aussi rapport du Dr H. _____ [TAF pce 22 annexe p. 15]). Après la décision contestée, le Dr O. _____ a rapporté le 18 juillet 2016 comme résultat de l'IRM du rachis cervical pratiquée un état stable (AI pce 12 annexe 2). Le Dr P. _____, que l'assuré a consulté le 15 juillet 2016, a néanmoins conseillé à la lumière de la persistance du tableau clinique et de l'aggravation des douleurs une intervention chirurgicale sur la hernie C3-C4 qui a été réalisée le 4 août 2016 sous forme d'une discectomie C3-C4, exérèse de la cervicarthrose et libération foraminale et arthrodèse par cage (TAF pce 12 annexe 3). Le Dr H. _____ a fait état, dans son rapport d'expertise du 9 mars 2017, de dégénérescences cervicales, soit d'une hernie et uncarthrose au C3-C4 en état de guérison, d'un ostéophyte discal stable au C5-C6 et d'une minime protrusion et débord au C6-C7 stabilisé (TAF pce 22 annexe). Le recourant ne prétend pas qu'il souffre d'autres atteintes encore.

E. 8.6

C'est la capacité de travail de l'assuré qui est litigieuse. Or celle-ci dépend des limitations fonctionnelles que l'assuré présente à cause de ses affections.

E. 8.6.1

Le Dr C. _____ a remarqué qu'une activité adaptée doit permettre à l'assuré de changer de position, en particulier de modifier la position de son rachis cervical, le travail à l'établi en position statique et de façon prolongée ayant tendance à déclencher les symptômes douloureux ainsi que des paresthésies (AI pce 2 pp. 8 s.). La Dresse B. _____ a confirmé cette appréciation, notant comme limitations les positions imposées et fixes et les gestes répétitifs ; ce médecin traitant a également remarqué que le port de charges lourdes est proscrit (AI pce 2 pp. 10 ss). Le Dr D. _____ du SRM a repris ces appréciations et précisé que l'assuré doit pouvoir changer de position au moins une fois par heure, ne doit plus porter des charges ou exercer une activité impliquant la position des membres supérieurs en dessus de l'horizontale (AI pce 22). Le TAF n'a pas de raisons de mettre en doute ces appréciations médicales unanimes, remarquant également qu'elles ont été confirmées par le Dr H. _____ dans son rapport d'expertise, lequel a retenu comme limitations une position des bras au-dessus de la ligne des épaules, une position en porte-à-faux cervical prolongée et le port de charges lourdes ; cet expert a encore noté que l'assuré doit éviter des mouvements de traction (TAF pce 22 annexe). Du reste, le recourant n'avance aucune critique à ce sujet et ne soutient pas présenter de limitations supplémentaires. Le Tribunal retient alors comme limitations des positions statiques notamment au niveau cervical, la position des membres supérieurs en dessus de l'épaule, des mouvements de traction ainsi que le port de charges lourdes.

E. 8.6.2

S'agissant la capacité résiduelle de travail, dépendant des limitations observées, les avis des médecins sont divergents. La Dresse B. _____ a attestée depuis le 27 juin 2014, respectivement dès le 22 septembre 2014 d'une manière ininterrompue, des incapacités de travail de 100% ou 50% (AI pce 2 pp. 10 s., pce 10, consid. 8.1; voir aussi TAF pce 16 annexe, consid. 8.3.1). Le Dr C. _____ n'a pas suivi cette appréciation. Dans son rapport

d'expertise du 5 février 2015, il a conseillé une adaptation du poste de travail de l'assuré et estimé que le recourant est en mesure de travailler à 100% après un délai d'un mois s'il peut changer de position plus souvent. Il a en outre conseillé la prise d'AINS le matin afin de prévenir la récurrence de douleurs cervicales ainsi que la poursuite de physiothérapie avec un traitement plus actif de mobilisation du rachis cervical (AI pce 2 p. 8 s.). Le Dr D. _____ du SMR a quant à lui retenu depuis le 27 juin 2014 une capacité résiduelle de travail de 50% dans l'activité habituelle mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré (AI pce 22; consid. 8.1). L'employeur a alors aménagé le poste de travail de l'assuré dans le sens que celui-ci pouvait varier les positions à sa convenance, et les tâches difficiles ayant été supprimées ; le poste de travail a, de surcroît, été revu par un ergonome (AI pce 2 pp. 44 s. et pce 24). L'OAI a ensuite estimé que l'assuré pouvait augmenter son temps de travail à 100% et lors de l'entretien avec l'employeur du 24 septembre 2014, une augmentation progressive a été convenue (AI pce 24). Or, l'assuré n'a pas réussi à accroître son temps de travail au-delà de 50% et la Dresse B. _____, dans son rapport du 15 janvier 2016, a informé que l'assuré arrivait à tolérer son travail à mi-temps même après que son poste a été adapté et qu'il suit les conseils susmentionnés du Dr C. _____ (AI pce 40 p. 1). Le Dr G. _____, rhumatologue, a également mentionné dans son rapport du 17 novembre 2015 que le poste de travail de l'assuré restait un problème et qu'il ne le voyait pas reprendre son travail à 100% (AI pce 40 p. 5; consid. 8.2). Quant à la période postérieure à la décision contestée, les rapports du Dr P. _____ qui a opéré l'assuré le 4 août 2016 ne contiennent pas d'indications sur la capacité de travail de l'assuré (TAF pce 12 annexes 1, 3 et 4). La Dresse B. _____ a noté dans son rapport du 6 décembre 2016 que l'assuré présente une incapacité de travail totale depuis le 3 août 2016 (TAF pce 16 annexe) ; dans son rapport du 1er février 2017, ce médecin a signalé une aggravation de l'état de santé de son patient survenue depuis mi-octobre 2016 et a conclu qu'il était difficile de prévoir une date pour la reprise de l'activité professionnelle (TAF pce 20 annexe 3). Le Dr H. _____ n'a pas confirmé l'appréciation du médecin traitant. Il a remarqué que l'assuré, au jour de l'expertise du 10 février 2017, ne présentait plus aucune incapacité de travail ou baisse de rendement aussi dans l'emploi habituel. Il a expliqué que l'assuré ne présentait plus aucun symptôme spécifique, ni signe particulier en faveur d'une nouvelle irritation nerveuse et névralgie cervico-brachiale proprement dite au niveau C3-C4 et que les symptômes décrits par l'assuré ne trouvent pas de signification clinique objectivable. En rapport avec les dégénérescences discales C5-C6 et C6-C7, l'expert a remarqué que l'examen clinique était normal, non douloureux avec mobilité du rachis conservée. Le Dr H. _____ ne se détermine pas concrètement sur la période antérieure - litigieuse en l'espèce - remarquant cependant qu'initialement, l'irritation radiculaire C4 dans le cadre de la hernie discale C3 à C4 justifiait une incapacité de travail qui pouvait être admise jusqu'à trois mois postopératoires. Selon lui, cette hernie a été objectivée par l'IRM cervicale du 8 septembre 2014 et confirmée par les IRM postérieurs et par le rapport du 15 juillet 2016 du Dr P. _____ (TAF pce 22 annexe pp. 15, 16 et 20). Les médecins du SMR, quant à eux, ont confirmé les appréciations précédentes du SMR (TAF pces 18 annexe 2 et 24 annexe 2; consid. 8.3.1 et 8.3.2). La Dresse F. _____ a notamment conclu que l'on pouvait admettre une aggravation subjective des douleurs survenues jusqu'à l'opération d'août 2016 mais qu'il n'existait pas d'éléments nouveaux conduisant à remettre en question les conclusions précédentes ou permettant d'évoquer une aggravation durable sur le plan objectif. Elle a exposé que l'IRM pratiquée en juillet 2016 n'a pas mis en évidence de hernie cervicale mais

parle de situation stable par rapport à 2014 et oriente vers de troubles dégénératifs, certes marqués pour l'âge, mais sans hernie discale ni signes de compression médullaire. Tout comme le Dr I._____, la Dresse F._____ a par ailleurs confirmé que l'assuré a présenté un arrêt de travail temporaire de quelques mois dans les suites de l'opération du 4 août 2016 (TAF pce 18 annexe 2). Le TAF constate que la différence d'opinion concerne principalement la reconnaissance de hernie au niveau C3-C4 qui selon le Dr H._____ avait déjà été objectivée par l'IRM du 8 septembre 2014 et justifiait initialement une incapacité de travail (TAF pce 22 annexe pp. 15 s., 20, 22) ; les autres médecins, dont le Dr C._____, n'ont pas retenu ce diagnostic (cf. AI pce 1 pp. 4 et 8) ; les Drs G._____ et F._____ ont remarqué qu'il n'y avait notamment pas de signes nets (AI pce 40 p. 5) de compression (TAF pce 18 annexe). Toutefois, il n'est pas nécessaire de clarifier cette question. Le TAF retient qu'aucune aggravation objective de l'état de santé de l'assuré n'est survenue depuis l'expertise du Dr C._____ et que les médecins ont observé les mêmes limitations fonctionnelles résultant des atteintes de l'assuré, avec ou sans reconnaissance d'une hernie cervicale. Compte tenu des limitations observées - des positions statiques notamment au niveau cervical, la position des membres supérieurs en dessus de l'épaule, des mouvements de traction ainsi que le port de charges (consid. 8.6.1 ci-dessus) - le TAF remarque que l'activité habituelle de l'assuré n'était pas entièrement adaptée à son état de santé. En effet, selon la description détaillée retenue par le Dr H._____ (TAF pce 22 annexe p. 5; voir aussi la description du Dr C._____ [AI pce 2 p. 6]), elle s'effectuait même après les adaptations opérées par l'employeur et l'assuré en quasi-totalité en position statique assise prolongée à l'établi, avec les coudes levés au niveau de la poitrine pour contrôler les pièces et les gestes de torsion du buste et la main droite tendue pour laver les pièces dans la machine. L'assuré n'a d'ailleurs pas réussi à augmenter son temps de travail au-delà de 50%. Prenant ainsi en compte les observations des Drs B._____, D._____ et H._____, le TAF retient alors que l'assuré présentait dans son ancienne activité une incapacité de travail de 50%. Le début de cette incapacité est fixé au 22 septembre 2014 (AI pce 2 pp. 10 s.) et non pas au 27 juin 2014 déjà (AI pce 2 pp. 33 s.) eu égard à l'art. 29ter RAI selon lequel il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins. L'incapacité de travail dans l'ancienne profession prenait fin le 4 novembre 2016, trois mois après l'opération du 4 août 2016, le Dr H._____ ayant exposé en détail et d'une façon convaincante les raisons pour lesquelles il ne pouvait pas retenir d'incapacité au-delà de cette date (cf. ci-dessus) et la Dresse F._____ ayant spécifié qu'une incapacité de travail de 3 à 6 mois est habituelle après une spondylodèse intéressant un seul étage cervical (TAF pce 18 annexe 2). Enfin, s'agissant de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, le TAF retient que celle-ci était entière dès le 22 septembre 2014, l'incapacité de travail totale de trois mois à la suite de l'opération du 4 août 2016 étant réservée.

E. 8.6.3

Dans cette situation, il ne sied pas d'ordonner une nouvelle expertise médicale telle que demandée à titre préalable par le recourant. En effet, l'état de santé de l'assuré et les limitations fonctionnelles résultants ont été déterminés d'une manière exhaustive par les expertises des Drs C._____ et H._____. Leurs conclusions et réponses motivées (AI pce 2 pp., TAF pce 22 annexe pp. 15 ss) se fondent sur l'étude du dossier médical constitué (AI pce 2 pp. 3 s. et TAF pce 22 annexe pp. 3, 5 ss), une anamnèse détaillée (AI pce 2 pp. 4 ss, TAF pce 22 annexe pp. 4 à 7), les plaintes de l'assuré (AI pce 2 p. 6, TAF pce 22 annexe

p. 9) ainsi que sur un examen clinique fouillé de la personne de l'assuré (AI pce 2 pp. 6 s., TAF pce 22 annexe pp. 10 à 15). En outre, ces deux experts spécialisés en médecine interne et rhumatologie (Dr C._____) et en neurochirurgie (Dr H._____) disposaient incontestablement des qualifications requises pour apprécier les atteintes cervicales de l'assuré et leurs limitations fonctionnelles. De plus, les experts ont posé des diagnostics similaires et des limitations fonctionnelles identiques ont été décrites. Sur cette base, la capacité résiduelle de travail du recourant a pu être déterminée au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 7.4 et 8.6.2) ; une nouvelle expertise, devant, de surcroît, se déterminer sur une incapacité de travail révolue, n'apporterait pas d'éclaircissements déterminants supplémentaires. Du reste, lorsque l'appréciation de la capacité de travail de la personne assurée repose sur une évaluation médicale aussi complète, il appartient au recourant, s'il entend la remettre en cause, de faire état d'éléments ignorés ou contradictoires (cf. consid. 7.3.2 ci-dessus). Or, l'OAI le remarque à juste titre, le recourant, se limitant pour l'essentiel à contester l'appréciation de la capacité de travail, ne soulève pas de tels arguments ; il ne prétend pas souffrir d'autres atteintes encore (cf. consid. 8.5 ci-dessus) et présenter des limitations fonctionnelles supplémentaires (cf. consid. 8.6.1 ci-dessus). Pour les mêmes raisons, l'appréciation de la Dresse B._____ qui atteste une incapacité de travail totale depuis le 3 août 2016 ne saurait non plus être suivie, la Dresse F._____ remarquant, au surplus, à juste titre que les rapports de ce médecin sont succincts dans la description de la clinique et des limitations fonctionnelles (TAF pce 18 annexe 2; consid. 8.3.1 et 8.3.2) et, partant, ses conclusions ne sont pas suffisamment motivées et convaincantes. D'ailleurs, elle ne se prononce pas sur une capacité résiduelle de travail de son patient dans une activité adaptée. Il est du reste rappelé qu'au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant, d'après la jurisprudence, que ceux-ci sont généralement enclin, 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).

E. 8.6.4

Le grief tiré de l'absence d'objectivité prétendue des Drs C._____ et H._____ en raison de leurs intérêts propres est dénué de toute pertinence au sens de la jurisprudence (ATF 137 V 210 consid. 1.4; arrêt du TF 9C_30/2018 du 7 juin 2018 consid. 5.1), d'autant plus qu'en l'occurrence, les deux experts ont pris position d'une façon autonome et qu'ils sont arrivés à des conclusions similaires. S'agissant, de plus, de la critique que les expertises, commanditées par Y._____ Assurances, n'ont pas été réalisées - de fait - dans le respect de l'art. 44 LPGA selon lequel l'assureur qui recourt aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits donne connaissance du nom de celui-ci aux parties qui peuvent alors récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions, elle n'est pas non plus déterminante. En effet, dans une telle situation, la valeur de preuve de l'expertise n'est pas en soi détériorée et il n'y a pas violation du droit d'être entendu des parties lorsque l'expertise satisfait notamment aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la force probante de tels documents (cf. arrêts du TF 8C_1/2016 du 22 février 2016 consid. 4.4, 8C_133/2012 du 11 mai 2012 consid. 3.3.1) ; or, en l'espèce, les deux expertises, indépendantes l'une de l'autre, remplissent lesdites conditions (cf. consid. 8.6.3 ci-dessus).

E. 8.6.5

Enfin, il est rappelé d'une part que la personne assurée a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement

attendre d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (cf. art. 7 LAI; notamment : ATF 138 V 457 consid. 3.2; Ulrich Meyer-Blaser, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, thèse, Berne 1985, p. 131). Cette obligation implique notamment que l'on peut exiger de la part de l'assuré qu'il accepte une activité professionnelle adaptée à son état de santé (cf. art. 6 LPGA cité) et qu'il s'intègre de son propre chef dans le marché du travail (à titre d'exemple : arrêt du TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1; VSI 1999 p. 247 consid. 1 et références). D'autre part, il est soulevé qu'en égard à la notion du marché du travail équilibré, déterminante en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGA cités sous consid. 9.1 ci-dessous), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives (notamment : arrêt du TF 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2). En l'occurrence, le TAF remarque qu'il existe sur le marché de travail un nombre important d'activités respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré. Du reste, à partir du 4 novembre 2016, l'assuré pourrait même reprendre un emploi dans son ancienne profession.

E. 8.6.6

En conclusion, le TAF retient qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 7.4) que l'assuré a présenté du 22 septembre 2014 au 4 novembre 2016 dans son ancienne activité une incapacité de travail de 50%. Par contre, dans une activité adaptée sa capacité résiduelle de travail est de 100% dès le 22 septembre 2014, l'incapacité totale du 4 août au 4 novembre 2016 étant réservée.

E. 9

Il s'agit encore de calculer le taux d'invalidité de l'assuré - le recourant n'a soulevé aucun grief en la matière - et son droit à une rente.

E. 9.1

En vertu des art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI, le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Ainsi le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité.

E. 9.2

Les deux revenus à comparer, soit le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité, 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 (pour le salaire sans invalidité : ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; cf. aussi arrêt du TF 9C_363/2016 du 12 décembre 2016 consid. 5.3.1). A défaut d'un salaire de référence, un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques salariales retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS; notamment : ATF 142 V 178 consid. 2.5.7, 139 V 592 consid. 2.3, 135 V 297 consid. 5.2; arrêts du TF 9C_363/2016 du 12 décembre 2016 consid. 5.3.1 s., 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1).

E. 9.3

Le Tribunal fédéral a précisé que les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment. Il convient alors de se placer au moment de la naissance (potentielle) du droit à la rente et les éventuelles 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 et 128 V 174; arrêt du TF 9C_607/2015 du 20 avril 2016 consid. 5.3.2; Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 3ème édition 2014, art. 28a ch. 31 p. 321). Enfin, 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. 9.3.1

En l'espèce, l'OAIE a basé la détermination des revenus à comparer sur l'année 2014 (AI pce 38). Le TAF préfère se fonder sur l'année 2015, un éventuel droit à la rente ne pouvant naître avant le 1er septembre 2015, conformément aux art. 28 al. 1 et 29 al. 1 et 2 LAI cités, la capacité résiduelle de travail existant depuis le 22 septembre 2014 (cf. consid. 8.6.6 ci-dessus) et la demande de prestations AI ayant été déposée le 26 février 2015 (AI pce 1).

E. 9.3.2

L'OAIE a retenu comme salaire sans invalidité le revenu annuel de 70'170 francs tel que communiqué par l'ancien employeur de l'assuré pour l'année 2014 (AI pce 17). Indexé à 2015, le salaire sans invalidité se monte à 70'359.65 francs (1939=100; 2014=2'220 et 2015=2'226 pour un homme).

E. 9.3.3

Pour le revenu avec invalidité, le recourant n'ayant pas pris de travail adapté à ses limitations fonctionnelles au moment où la décision litigieuse a été rendue, l'Office intimé s'est fondé à juste titre sur les données statistiques 2012 alors disponibles. Il a tenu compte, conformément à la jurisprudence (ATF 142 V 178 consid. 2.5.8.1, 124 V 321 consid. 3b/aa; arrêt du TF 9C_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1 et 5.2, non publiés dans les ATF 133 V 545), du salaire mensuel brut pour un homme exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (TA1_skill_level), s'élevant à 5'210 francs pour 40 heures par semaine, respectivement à 5'431 francs pour 41.7 heures par semaine usuelles, soit à 65'172 francs (x 12; le salaire mensuel inclut le 13e salaire selon les notes de bas de pages du TA1_skill_level). Indexé à 2015, il en résulte un revenu annuel de 66'303.87 francs (2012=2'188 et 2015=2'226 pour un homme). L'OAIE a encore pratiqué un abattement de 10% sur cette valeur statistique en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré. En effet, selon la jurisprudence, dans certains cas, le revenu d'invalidité déterminé d'après les données statistiques doit être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de la personne assurée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation), susceptibles de diminuer ses possibilités de réaliser un gain se situant dans la moyenne, applicable aux employés qui ne souffrent pas d'invalidité, sur le marché ordinaire de l'emploi (ATF 134 V 322 consid. 5.1, 126 V 75). La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5). La hauteur de la réduction dépend de chaque cas d'espèce - une réduction automatique n'est pas admissible (arrêt du TF 9C_187/2011 du 30 mai 2011 consid. 4.2.1) - et relève en premier lieu de l'office AI qui dispose pour cela d'un large

pouvoir d'appréciation. Le pouvoir d'examen du Tribunal portant également sur l'opportunité d'une décision (cf. consid. 2.1 ci-dessus), le TAF doit, lorsqu'il examine l'usage de ce pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement, porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'administration et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25%) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2; arrêts du TF 8C_800/2017 du 21 juin 2018 consid. 4.2, 9C_481/2017 du 1er décembre 2017 consid. 3.2). En l'espèce, le TAF peut confirmer l'abattement de 10% pratiqué par l'administration compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assuré. Une déduction supplémentaire n'est pas justifiée vu notamment le jeune âge du recourant qui n'avait en 2015 que 34 ans. Le revenu avec invalidité se monte alors à 59'672.70 francs.

E. 9.4

La comparaison des revenus fait apparaître une perte de gain de 10'686.95 francs (70'359.65 francs - 59'672.70 francs), correspondant à un taux d'invalidité de 15% (10'686.95 francs / 70'359.65 francs x 100%) qui ne donne pas droit à une rente eu égard à l'art. 28 al. 2 LAI cité (consid. 6.5). C'est donc de bon droit que l'OAIE n'a pas accordé de rente d'invalidité au recourant.

E. 10

Le recourant réclame encore l'octroi de mesures de réorientation professionnelle une fois son état stabilisé.

E. 10.1

L'art. 8 al. 1 LAI stipule que les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Aux termes de l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel, à savoir l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement professionnel et le service de placement. Ces mesures sont déterminées dans les dispositions 15 à 18d LAI. Le recourant ne précise pas concrètement quelle mesure il attend de la part de l'assurance-invalidité. Or, les conditions d'octroi des différentes mesures sont en partie différentes. Dans la décision contestée, l'OAIE a rejeté le droit au reclassement professionnel, expliquant qu'un taux d'invalidité inférieur à 20% n'y donne pas droit.

E. 10.2

En vertu de l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Selon l'art. 17 al. 2 LAI, la rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement. En outre, l'art. 6 al. 1bis RAI stipule que sont considérées comme un reclassement les mesures de formation aboutissant à une formation plus qualifiante que celle dont dispose l'assuré, à condition qu'elles soient nécessaires pour maintenir ou améliorer leur capacité de gain. L'art. 6 al. 1 RAI précise encore que les mesures de reclassement visent la formation professionnelle et il pose l'exigence de l'achèvement d'une formation professionnelle initiale (son al. 3 étant réservé) ou de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable. La jurisprudence du Tribunal fédéral a précisé les conditions pour avoir droit à un reclassement

professionnel. Il a notamment remarqué que la personne doit subir, en l'absence d'une telle mesure, une diminution de sa capacité de gain et présenter une invalidité de l'ordre de 20% au moins dans toute activité raisonnablement exigible et pouvant être exercée sans formation complémentaire (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 124 V 108 consid. 2a et b et références; Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, op. cit., art. 17 n° 3 s. pp. 201 s.). Le taux de 20% n'est qu'une valeur de référence (cf. ATF 130 V 488 consid. 4.2) et dans une affaire concrète, une incapacité de gain de 18,5% a donné droit à des mesures de reclassement (arrêt du TF 9C_125/2009 du 19 mars 2010 consid. 4.5; Silvia Bucher, *Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung*, 2011, ch. 713 p. 347) alors que dans une autre affaire un taux de 16% était jugé insuffisant (arrêts du TF 9C_17/2018 du 17 avril 2018 consid. 4.3, I 118/04 du 13 avril 2006 consid. 3.2; Michel Valterio, op. cit., n° 1692 pp. 454 s.).

E. 10.3

L'art. 9 al. 1bis LAI précise les conditions d'assurance que la personne assurée doit également remplir. Il stipule que le droit aux mesures de réadaptation prend naissance au plus tôt au moment de l'assujettissement à l'assurance obligatoire ou facultative AVS/AI et s'éteint au plus tard à la fin de cet assujettissement. En conséquence, en principe, dès qu'une personne n'est plus assurée à l'AVS/AI suisse, notamment parce qu'elle ne vit pas en Suisse et n'y travaille plus (cf. art. 1a al. 1 let. a et b de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10]), elle perd son droit aux mesures de réadaptation. Toutefois, l'ALCP prévoit une clause de prolongation d'assurance qui maintient, à certaines conditions, l'assujettissement à l'AVS/AI suisse (cf. point 8 de la let. i du par. 1 de la Section A de l'Annexe II à l'ALCP, déterminant en l'occurrence; voir à ce sujet également : Circulaire sur le procédure pour la fixation des prestations dans l'AVS/AI/PC [CIBIL], ch. 1011; ATF 132 V 244 consid. 6, 53 consid. 6.6; ATAF 2017 V/7 consid. 6.7; arrêts du TAF C-5291/2013 du 31 août 2016 consid. 5.1 et 5.2, C-7302/2013 du 5 mars 2015 consid. 4.).

E. 10.4

Eu égard à ce qui précède, le recourant présentant un taux d'invalidité de 15%, c'est à juste titre que l'OAI a rejeté le droit du recourant à un reclassement professionnel. Il n'est dès lors pas nécessaire d'examiner si l'assuré remplit les autres conditions, dont les conditions d'assurance, étant du reste rappelé qu'à compter du 4 novembre 2016 la capacité de travail de l'assuré dans son ancienne activité est entière.

E. 11

Au vu de ce qui précède, la décision du 11 février 2016 est confirmée dans le sens que l'assuré n'a pas droit à une rente d'invalidité ni à un reclassement professionnel ; le recours est rejeté.

E. 12

Eu égard à l'art 63 al. 1 PA aux termes duquel les frais de procédure sont de règle générale à la charge de la partie qui succombe, le recourant débouté doit prendre en charge les frais s'élevant à 800 francs. Ce montant est prélevé sur l'avance de frais de procédure du même montant dont le recourant s'est acquitté durant la présente procédure (TAF pces 6 à 8). Il n'est pas alloué de dépens, le recourant qui est succombé n'y ayant pas droit aux termes de l'art. 64 al. 1 PA a contrario. De plus, aucun dépens n'est alloué à l'autorité inférieure (cf. art. 7 al. 3 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Le dispositif se trouve à la page suivante.

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