

BVGer C-2218/2011 vom 3. Juli 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-07-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2218_2011

FR: TAF C-2218/2011 du 3 juillet 2012

IT: TAF C-2218/2011 del 3 luglio 2012

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), entrée en vigueur le 1er janvier 2007, 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 concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 1.3

Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

E. 1.4

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

E. 2.1

L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1er juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés,

aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109. 268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

E. 2.2

L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574 /72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71. Les nouveaux règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale en vigueur depuis le 1er avril 2012 entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne, remplaçant les règlements (CEE) n° 1408/71 et 574/72, ne sont pas applicables.

E. 2.3

De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 3

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 130 V 445 consid. 1.2 et les références). Les dispositions de la 5e révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 sont applicables et les dispositions citées ci-après sont sauf précision contraire celles en vigueur à compter du 1er janvier 2008. Toutefois, le droit à la rente s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 s'examine à la lumière des anciennes normes, ce qui motive qu'il y soit fait également référence si nécessaire. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6e révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

E. 4

Le recourant a présenté sa demande de rente le 15 juillet 2004. En dérogation à l'art. 24 LPG, l'art. 48 al. 2 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations

ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. En l'espèce, le Tribunal peut se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 15 juillet 2003 ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 17 mars 2011, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 2.1, ATF 121 V 362 consid. 1b).

E. 5.1

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: - être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI); - avoir versé des cotisations à l'AVS/AI suisse durant une année au moins (art. 36 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). A compter du 1er janvier 2008, l'assuré doit toutefois compter au moins trois années de cotisations (art. 36 LAI dans sa nouvelle teneur selon la modification du 6 octobre 2006). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 4065; art. 45 du règlement 1408/71).

E. 5.2

Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations en vigueur au jour du dépôt de la demande. Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

E. 6.1

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

E. 6.2

Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et art. 28 al. 2 LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1ter LAI (art. 29 al. 4 à partir du 1er janvier 2008) - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) - n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

E. 6.3

Depuis le 1er janvier 2008, l'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 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.

E. 6.4

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; voir ATF 121 V 264 consid. 6). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2). Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 29 al. 1 LAI (cf. chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impuissance dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

E. 6.5

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 1er janvier 2008).

E. 6.6

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5).

E. 6.7

En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance invalidité (RAI, RS 831.201) lequel prévoit à l'al. 1 que, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impuissance ou le besoin de soin découlant de l'invalidité d'un assuré s'atténue, il y a lieu de considérer que ce

changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable.

E. 7.1

Le recourant a travaillé en dernier lieu à plein temps en Suisse jusqu'au 27 juin 2003 comme tapissier-peintre. Il n'a ensuite plus exercé d'activité lucrative.

E. 7.2

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, en application de la méthode dite générale, 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.

E. 7.3

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, ATF 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

E. 8

En l'espèce, il est établi que le recourant a été atteint dans sa santé suite à l'accident survenu au membre inférieur gauche et au membre supérieur gauche. Eu égard au fait qu'il ne s'agit pas là d'un état de santé stabilisé, la let. a de l'art. 29 al. 1 LAI est inapplicable; seule peut entrer en considération la let. b de cette disposition légale prévoyant en principe une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail déterminante pour le début du droit à la rente.

E. 9.1

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

E. 9.2

Le Tribunal 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 134 V 231 consid. 5.1, ATF 125 V 351 consid. 3a et les références). Il est à relever dans ce cadre, en ce qui concerne la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V consid. 3a, ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical (cf. dans ce sens relativement aux expertises de parties: arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées).

E. 9.3

Pour accomplir leurs tâches les offices AI sont tenus, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant lorsqu'elle se révèle nécessaire pour clarifier les aspects médicaux du cas (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Zurich 2011, n° 2891). Il ne faut cependant recourir à une expertise que si des moyens plus simples et économiques ne suffisent pas à se prononcer (rapports médicaux, renseignements), ou encore en présence de controverses médicales sur le cas concret (Stéphane Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, Fribourg, 1999, p. 142). Plus pragmatiquement l'administration peut procéder à une appréciation anticipée des preuves pour juger de la non nécessité d'une expertise médicale si le dossier est complet (cf. ATF 135 V 2 consid. 1.3).

E. 10

L'ancien Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (arrêt du Tribunal fédéral I 564/02 du 13 janvier 2004 consid. 5 = Pratique VSI 2004 p. 188; cf. ATF 131 V 362 consid. 2.3). Le Tribunal fédéral a, pour sa part, admis la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité en jugeant que celle-ci n'était pas liée, dans la mesure d'une complète motivation fondant une divergence (ATF 126 V 288), par l'évaluation de l'invalidité en application des critères de l'assurance-accidents, avec comme conséquence que l'office AI n'avait pas qualité pour faire opposition à la décision ni pour recourir contre la décision sur opposition de l'assureur-accidents concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité (ATF 133 V 549). Les évaluations selon l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité, fondées sur des critères différents car l'assurance-accident prend en compte le rapport de causalité adéquate entre l'accident et l'invalidité alors que ce critère n'est pas déterminant pour l'assurance-invalidité, sont donc indépendantes (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3; Valterio, op. cit., n° 2053 s.). Cette indépendance des décisions n'implique toutefois pas que des expertises ordonnées par une assurance ne puissent pas être utilisées par l'autre assurance s'il appert que les constatations des status

médicaux et capacités de travail ont été effectuées de façon globale et que, notamment, la question de la causalité adéquate entre l'accident couvert et les atteintes à la santé - qui est propre à l'assurance-accidents (cf. Alfred Maurer / Gustavo Scartazzini / Marc Hürzeler, Bundessozialversicherungsrecht, 3ème éd. Bâle 2009, § 10 n° 39 ss) - n'a pas limité le champ d'investigation de l'expertise.

E. 11.1

En l'espèce dans un rapport médical final du 31 mars 2008 le Dr F. _____, médecin d'arrondissement de la SUVA, nota un bon état général apparent, une marche pratiquement sans boiterie, une marche sur les talons et les pointes possible, mais non l'accroupissement, une limitation de la mobilité de l'épaule gauche avec status douloureux à la palpation, un épaissement modéré du genou gauche et léger de la cheville gauche. Il indiqua un status suffisamment stabilisée dans la mesure où une amélioration n'allait pas modifier de façon importante les séquelles fonctionnelles prévisibles de l'épaule gauche qui se présentaient essentiellement sous forme de douleurs et d'une limitation de la fonction efficace au-dessus de l'horizontal. Appréciant la capacité de travail résiduelle de l'intéressé, le Dr F. _____ nota une pleine capacité dans toute activité n'exigeant pas de sollicitation du bras gauche au-dessus de l'horizontal ou le port de charges supérieures à 10kg ou des activités en position accroupie, une activité sédentaire ou semi-sédentaire devant être privilégiée en raison des limitations pour la marche en terrain irrégulier ou la marche prolongée. A la suite d'une opposition de l'intéressé contre l'appréciation de sa capacité de travail résiduelle par la SUVA ayant retenu une incapacité de 29%, le Dr K. _____, chirurgie orthopédique, mandaté par la SUVA, fit état des divers rapports médicaux au dossier et des plaintes de l'intéressé, nota l'usage d'une voiture sans problème, un suivi médical à trois mois pour la prescription de sa médication journalière, pas de traitement de physiothérapie, releva un status de chômeur en France avec examen d'un placement de personne à mobilité réduite. A l'examen clinique il nota un bon status général apparent, une marche pratiquement sans boiterie, une marche sur la pointe des pieds assez bien réalisée et de bonne qualité sur les talons, un accroupissement très partiel, une colonne sans contracture musculaire cervico-dorso-lombaire, des membres supérieurs sans particularité sous réserve d'une clavicule gauche surélevée et d'une mobilité du bras en flexion et abduction réduite, des membres inférieurs sans particularité sous réserve d'un genou et d'une cheville tuméfiées. Il indiqua que par comparaison avec le rapport du Dr F. _____ il pouvait facilement être affirmé qu'il n'y avait pas de dégradation objective d'importance, que la capacité de travail retenue dans le rapport du Dr F. _____ était parfaitement applicable. Or l'intéressé, suite à ce rapport médical, retira son opposition.

E. 11.2

A l'encontre de ces deux rapports médicaux déterminants dans la présente cause sous l'angle de l'AI, établis par le service médical de la SUVA, mais qui ne se sont nullement limités à un examen de la capacité de travail résiduelle sous l'angle des critères de causalités adéquates de l'assurance-accident propre à cette branche de la sécurité sociale, et qui dès lors ont toute valeur pour l'assurance-invalidité (cf. le consid. 10 supra), le recourant oppose les rapports de l'Orif des 22 et 28 avril 2009 et le rapport médical du Dr E. _____ du 7 octobre 2009. Le premier n'a pas valeur médicale, il fait état de constatations s'inscrivant dans le cadre d'une appréciation médicale. Or comme l'a relevé le service médical de l'OAI-VD, le résultat d'un stage professionnel peut être affecté par des facteurs extra-médicaux et tel a bien été le cas au vu de la médication passée de 2-3 à 14

médicaments et la détérioration de l'état de santé survenue dès le stage alors que le 4 mai 2009, peu après la période du stage, le Dr E. _____ notait la possibilité pour l'assuré non de reprendre son ancienne activité professionnelle mais la possibilité d'une reprise d'activité en position assise / debout alternée avec un rendement de 100%, ou 6 h. par jour en position assise avec un rendement de 100%, sous réserve de limitation de port de poids de 15kg, sans limitation d'adaptation ni de concentration, et ce depuis plusieurs mois. Or cette appréciation s'inscrit dans le cadre de celle du Dr K. _____ qui releva que l'état de santé de l'assuré était resté stable depuis le rapport médical du Dr F. _____. Il releva par ailleurs que l'intéressé conduisait un véhicule automobile sans limitation (soit en position assise non limitée à 20 minutes en opposition aux constatations du rapport de stage) et était en France inscrit au chômage avec une prochaine démarche d'une recherche d'emploi à mobilité réduite, ce qui est conforme aux limitations professionnelles retenues tant par l'assureur SUVA que par la décision de l'AI attaquée. Le deuxième est une reconsidération par le Dr E. _____ en date du 7 octobre 2009 de son appréciation du 4 mai précédent suite au rapport de stage de l'Orif. Il relate un état de santé rendant impossible les stations assise et debout prolongées, les marches prolongées, le port de charges lourdes, il préconise une expertise médicale. Toutefois, comme on l'a relevé, le stage a été affecté de facteurs non médicaux non associés à des atteintes à la santé confirmées par le Dr K. _____ qui effectua une expertise détaillée de l'état de santé de l'assuré, que l'assuré reconnut d'ailleurs fondée du fait même de son retrait d'opposition. Or du moment que l'assureur SUVA est parvenu à un degré d'invalidité économique de 29% et que l'assureur-invalidité est parvenu à un degré d'invalidité quasi égal de 28% sur la même base d'appréciation de la capacité de travail résiduelle, force est de constater que le rapport médical du Dr E. _____ du 7 octobre 2009, d'ailleurs largement antérieur à la décision du 22 février 2010 de la SUVA non contestée, ne saurait remettre en cause le bien-fondé du rapport médical du Dr K. _____. Les seules plaintes d'un assuré, bien que dûment constatées dans un rapport de stage, ne suffisent pas à justifier un taux supérieur d'invalidité que celui retenu par l'administration sur la base des avis d'expertise car les allégations tendant à la reconnaissance d'une invalidité doivent être assorties de preuves médicales concluantes eu égard à l'égalité de traitement entre les assurés (cf. ATF 130 V 353 consid. 2.2.2. in fine; arrêt du Tribunal fédéral I 600/03 du 30 novembre 2004 consid. 3.2).

E. 11.3

Subsidiairement le recourant sollicite une expertise médicale, notant que la dernière jurisprudence du Tribunal fédéral enjoint d'y recourir si les rapports médicaux en présence laissent le moindre doute quant au bien-fondé de la position du service médical de l'administration. Pour accomplir leurs tâches les offices AI sont certes tenus, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant lorsqu'elle se révèle nécessaire pour clarifier les aspects médicaux du cas (Valterio, op. cit., n° 2891). Il ne faut cependant recourir à une expertise que si des moyens plus simples et économiques ne suffisent pas à se prononcer (rapports médicaux, renseignements), ou encore en présence de controverses médicales sur le cas concret (Blanc, op. cit., p. 142). La jurisprudence ne requiert pas qu'il faille toujours procéder à une expertise interdisciplinaire lorsqu'une personne souffre d'atteintes à sa santé physique et psychique (Valterio, op. cit., n° 2914), et ce d'autant moins comme en l'espèce quand l'assuré ne cumule pas des atteintes physiques et psychiques. L'administration peut procéder à une appréciation anticipée des preuves pour juger de la non nécessité d'une expertise médicale si le dossier est complet (cf. ATF 136 I 229 consid. 5.3, ATF 135 V 2 consid. 1.3, ATF 124 V 90 consid. 4b). Or, en l'espèce, il n'y

a pas de controverse médicale, mais seule une appréciation différente (rapport du 7 octobre 2009) résultant d'un médecin se référant à un rapport de stage entaché d'éléments extra-médicaux retenant des conclusions différentes de celle d'une appréciation médicale (rapport du 9 mai 2009) dans la lignée d'un rapport d'expertise précédent (31 mai 2008) qui a été confirmé ultérieurement (12 mai 2010).

E. 11.4

Il appert de ce qui précède qu'une capacité de travail entière dans une activité adaptée tenant compte des limitations énoncées par les Drs F. _____ et K. _____, mais aussi E. _____ dans son rapport du 4 mai 2009, doit être retenue faute d'une documentation médicale permettant de mettre en doute les conclusions auxquelles sont parvenus les Drs F. _____ et K. _____. Par ailleurs, on notera que les informations recueillies au cours d'un stage d'observation, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux ont peut encore raisonnablement exiger de lui (ATF 125 V 261 consid. 4, ATF 115 V 134 consid. 2, ATF 114 V 314 consid. 3c, ATF 105 V 158 consid. 1; arrêt du Tribunal fédéral I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 7).

E. 12.1

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

E. 12.2

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'important dans l'évaluation de l'invalidité est que les deux termes de la comparaison, à savoir revenu sans invalidité et revenu d'invalide, soient équivalents, c'est à dire qu'ils se rapportent à un même marché du travail et à une même année de référence (ATF 110 V 273 consid. 4d; arrêt du Tribunal fédéral I 383/06 du 5 avril 2007 consid. 4.4). L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalide de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5).

E. 12.3

En l'espèce, pour ce qui est de l'activité lucrative, il y a lieu de prendre en compte le salaire que l'intéressé aurait réalisé avant son atteinte à la santé valeur 2008. En effet, selon la

jurisprudence, les salaires avant et après invalidité doivent être pris en compte / indexés jusqu'à la date de la survenance du droit éventuel à la rente, c'est-à-dire lorsque les conditions de santé peuvent être considérées comme stabilisées (ATF 128 V 174 et 129 V 222). L'OAI-VD, respectivement l'OAIE, a retenu comme base de comparaison sans invalidité un revenu pour l'année 2008 de 74'928 francs établi sur la base des informations de l'employeur au dossier.

E. 12.4

Le salaire après invalidité est généralement fixé sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (Table TA1; ATF 126 V 75 consid. 7a). En l'espèce, compte tenu de la possibilité pour l'intéressé d'exercer une activité relativement légère adaptée permettant des positions variées sans travail au-dessus de l'horizontal et de type sédentaire, il doit être retenu le revenu médian pour des activités simples et répétitives de niveau 4 dans le secteur privé pour l'année 2008 (TA 1) de 4'806.- francs par mois pour 40 h./sem. et de 4'998.24 francs pour 41.6 h./sem. selon l'horaire moyen hebdomadaire toutes branches confondues. De nombreux emplois peuvent être exercés par l'intéressé même avec un usage limité du bras gauche. Annualisé ce montant s'élève à 59'978.88 francs. Sous déduction de 10% pour circonstances personnelles liées à la limitation à des tâches légères et à des possibilités de déplacement limitées, il se monte à 53'980.99 francs. Or il s'ensuit de la comparaison une perte de revenu de 27.95% ($[74'928 - 53'980.99] : 74'928 \times 100 = 27.95\%$), taux n'ouvrant pas le droit à une rente.

E. 12.5

Dans son recours l'intéressé fait valoir que l'abattement retenu est insuffisant et qu'un abattement de 25% aurait dû être retenu compte tenu du rapport de stage de l'Orif. Le Tribunal de céans, lorsqu'il examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidité, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité 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 (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2). En l'espèce le rapport d'évaluation de l'Orif tendrait à prendre en compte un abattement nettement plus important que celui retenu par l'administration, mais il est manifeste aussi que ce stage a été entaché d'éléments extra-médicaux qui en ont faussé les résultats. La médication prise par l'intéressé durant ce stage en est un élément probant en totale contradiction avec le rapport médical du Dr E. _____ du 4 mai 2009. Il s'ensuit qu'il y a lieu de retenir les conclusions médicales des Dr F. _____ et K. _____, et, à ce titre, compte tenu d'une activité adaptée, l'abattement de 10% n'apparaît pas manifestement arbitraire d'autant plus que sa prise en compte donne lieu à une invalidité économique de 27.95% qui est proche de celle retenue par la SUVA que l'intéressé n'a d'ailleurs pas contestée. Vu ce qui précède le recours doit être rejeté.

E. 13

Il est utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, tout invalide qui demande des prestations de cette assurance 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 réf. cit.). Le fait que le recourant ne mette pas en valeur sa capacité résiduelle de travail pour des raisons étrangères

à l'invalidité ne relève pas de l'assurance invalidité, car il s'agit là de facteurs qui ne sont pas liés à l'invalidité et que l'assurance-invalidité n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329 consid. 3c). Dans ce contexte, la formation professionnelle, les aptitudes physiques et mentales de l'assuré, ainsi que son âge, ne sont pas des facteurs supplémentaires propres à influencer l'étendue de l'invalidité (ATF 107 V 21 consid. 2c; RCC 1991 p. 333 consid. 3c, RCC 1989 p. 325 consid. 2b, RCC 1982 p. 34 consid. 2c).

E. 14

Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, 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. Il n'est pas alloué de dépens (art. 7 al. 1 a contrario et 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

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