

# **BVGer C-3376/2008 vom 24. Januar 2011**

Bundesverwaltungsgericht, 2011-01-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3376\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3376_2008)

FR: TAF C-3376/2008 du 24 janvier 2011

IT: TAF C-3376/2008 del 24 gennaio 2011

## **Regeste**

Assurance-invalidité (AI)

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), 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'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (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**

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1; 130 V 445 consid. 1.2 et les références). Les dispositions de la 5ème révision de

la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 sont applicables et les dispositions citées ci-après sont sauf précision contraire celles en vigueur à compter du 1er janvier 2008. Toutefois, le droit à la rente s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 s'examine à la lumière des anciennes normes, ce qui motive qu'il y soit fait également référence. L'intéressé a déposé sa demande de rente le 17 octobre 2002. En dérogation à l'art. 24 LPGa, l'art. 48 al. 2 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 prévoyait 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 17 octobre 2001, en fait in casu le 1er novembre 2001 compte tenu du délai d'attente d'une année selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (actuellement art. 28 al. 1 LAI) pour percevoir une rente eu égard au cas d'assurance survenu le 1er novembre 2000, ou si le droit à une rente était né entre cette dernière date et le 16 avril 2008, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 2.1 et ATF 121 V 362 consid. 1b).

### **E. 3**

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 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71). Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 20 ans et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

#### **E. 4.1**

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. 4.2**

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). Antérieurement au 1er janvier 2004 l'assuré pouvait prétendre un quart de rente dès une invalidité de 40%, une demi-rente dès une invalidité de 50% et une rente entière dès une invalidité de 66 2/3 %. (art. 28 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003). 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. 1<sup>er</sup> LAI (art. 29 al. 4 à partir du 1<sup>er</sup> 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). 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). Depuis le 1<sup>er</sup> 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. 4.3**

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

#### **E. 5**

Le recourant, de formation supérieure technique et économique (diplôme de technicien agronome acquis en Italie et diplôme suisse de comptable), a travaillé en Suisse pendant de nombreuses années en dernier lieu comme comptable de rang mandataire commercial responsable des achats au sein d'une banque. Après divers échecs de reprise de son ancienne activité chez son employeur, il n'a plus travaillé à compter du 7 mai 2002. 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. 28 al. 2 LAI (art. 28a al. 1 LAI à compter du 1er janvier 2008), pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché de travail équilibré. Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

## **E. 6**

En l'espèce, il est établi que le recourant souffre d'une épaule droite gelée qui ne lui permettrait pas, à son avis, d'exercer quelque activité en raison de l'exacerbation des douleurs à l'utilisation du bras et de la main droite chez un droitier. 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 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 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. 7.1**

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

### **E. 7.2**

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement 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 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête du fait qu'une expertise de partie

n'a pas la même valeur que les expertises mises en oeuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un rapport 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 351 consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C\_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

## **E. 8**

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 (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 par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents au sens de l'ATF 126 V 288, 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 sont donc indépendantes (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3).

### **E. 9.1**

En l'espèce l'intéressé présente suite à l'accident survenu le 1er novembre 2000, selon le rapport des experts de la PMU du 19 septembre 2006, une limitation importante de la mobilité de son membre supérieur droit chez un droitier en raison d'un status d'épaule gelée post-traumatisme, d'une capsulite rétractile séquellaire, des douleurs associées scapulo-humérales persistantes et un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Admettant que l'intéressé ne pouvait plus exercer des activités prolongées d'écritures et de travaux sur ordinateur impliquant l'usage du clavier et de la souris avec la main droite, ils lui ont reconnu une capacité de travail de 50% dans son ancien emploi ou dans une autre activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites. La contre-expertise produite par l'intéressé établie par les médecins des HUG en date du 1er février 2006 retient un diagnostic superposable mais les médecins en ont tiré des conclusions différentes retenant que l'intéressé ne pouvait plus exercer quelque activité au motif que ses douleurs l'empêchaient de travailler même dans une situation de type administratif sans travaux lourds et que sa réintégration professionnelle serait problématique eu égard au nombre

d'années passées sans emploi. S'agissant du diagnostic, il n'y a pas de divergence d'appréciation. Seule est objet de contestation et de divergence d'appréciation la prise en compte de l'incidence des douleurs persistantes sur la capacité de travail de l'intéressé. Pour les médecins de la PMU les douleurs seraient surmontables et l'intéressé pourrait tirer parti de ses capacités intellectuelles dans une activité à 50% de type mandataire commercial sans activité de durée informatique ni d'écriture. Pour les médecins des HUG l'incapacité de travail de l'intéressé serait totale en raison des douleurs persistantes, de troubles du sommeil liés et de la médication suivie altérant sa capacité de concentration. Dans son arrêt du 17 mars 2009 le Tribunal fédéral a examiné les divergences de position exprimées et est parvenu à la conclusion (cf. le consid. 2.4 de cet arrêt) que l'avis des médecins des HUG ne permettait pas de mettre en doute les conclusions des experts de la PMU, qu'en l'occurrence les médecins des HUG n'avaient pas démontré les raisons pour lesquelles l'intéressé ne serait pas en mesure d'exercer à 50% son ancienne activité après adaptation de son poste de travail, que les médecins des HUG s'étaient contentés de mentionner le caractère particulièrement invalidant des troubles de la concentration et du sommeil dont souffrait l'assuré sans toutefois étayer leur appréciation par des constatations objectives précises et qu'ils avaient justifié l'incapacité de travail entière en invoquant la longue absence d'activité professionnelle. Fort de ces constatations, le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion qu'une capacité de travail de 50% comme l'avaient retenue les médecins de la PMU devait être confirmée. Le Tribunal de céans ne peut que partager l'analyse du Tribunal fédéral faute de preuve depuis lors apportées par de nouveaux rapports médicaux probants quant aux douleurs invoquées ou thérapies invalidantes suivies. Jusqu'à la date de la décision attaquée, l'intéressé était en mesure d'exercer à 50% son ancienne activité dans la comptabilité et ses tâches de responsable des achats en tant que mandataire commercial ou une activité adaptée tirant parti de sa formation supérieure.

## **E. 9.2**

S'agissant de la période du 1er novembre 2001 au 1er février 2006, qui précède la date de l'expertise des HUG, il est judicieux d'apporter les précisions suivantes. Les médecins des HUG retiennent une capacité de travail résiduelle de 50% à partir de l'accident du 1er novembre 2000 sans mentionner ni d'aggravation ni d'amélioration depuis lors. Or, il est probable que pendant des courtes périodes l'assuré ait été complètement incapable de travailler, p. ex. immédiatement après les opérations chirurgicales. Ces périodes ne sont toutefois pas significatives. L'intéressé reprit son activité au sein de la banque le 7 février 2001, subit une intervention chirurgicale le 12 juin suivant suivie d'une incapacité de travail à 100% de trois mois puis reprit son activité à 50% mais l'abandonna à compter du 7 mai 2002. Dans son rapport du 17 juin 2002 le Dr C. \_\_\_\_\_ nota d'importantes difficultés pour l'intéressé de recouvrer la mobilité de l'épaule droite et la persistance de douleurs modérées et continues jour et nuit augmentant à l'utilisation du bras mais valida une capacité de travail de 50% avec un risque de péjoration sans que ne puisse être émis un pronostic futur. Dans leur rapport du 23 septembre 2002 les médecins de la Clinique romande de réhabilitation relevèrent que le status somatique somme toute modéré ne justifiait pas l'importance des plaintes et relevèrent un défaut d'adhésion au processus de réadaptation. Dans un rapport du 6 août 2003 les médecins du Centre multidisciplinaire de la douleur confirmèrent le status relevé par les médecins de la Clinique romande de réhabilitation, à savoir un manque d'adhésion au processus de réadaptation, et notèrent le défaut de notion d'aggravation en mai 2002. Il n'y a pas au dossier d'autres documents médicaux topiques. Il appert de ce qui précède qu'il n'apparaît pas qu'une incapacité de travail de 100% supérieure à trois mois

reposant sur des constatations objectives puisse être retenue. Il s'ensuit que du 1er novembre 2001 au 1er février 2006 une capacité de travail de 50% doit également être confirmée.

#### **E. 10.1**

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. 10.2**

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). 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). Ce gain doit être comparé au moment déterminant avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vrai-semblance prépondérante si elle était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Le gain de personne valide doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, ou, à défaut de salaire de référence, au salaire théorique qu'il aurait pu obtenir selon les salaires théoriques statistiques disponibles.

#### **E. 10.3**

En l'espèce, dans la mesure où la capacité de travail de l'intéressé est encore de 50% dans son ancienne activité, le revenu qu'il pourrait obtenir en mettant à profit sa capacité résiduelle de travail correspond à une incapacité de gain de 50% (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 consid. 3a; 104 V 135 consid. 2b). Dans cette approche de l'invalidité économique, il n'y a pas lieu de prendre en compte un abattement pour raisons personnelles du fait même que les experts de la PMU ont estimé que la capacité de travail de l'intéressé, tous aspects pris en compte, était de 50% dans son ancienne activité ou une activité adaptée assimilée. Le Tribunal fédéral a du reste confirmé cette appréciation dans l'arrêt 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 concernant le litige avec l'assureur-accidents.

#### **E. 10.4**

Vu ce qui précède le droit de l'intéressé à une demi-rente à compter du 1er novembre 2001 doit être confirmé et le recours, mal fondé, être rejeté.

#### **E. 10.5**

Le recourant a encore demandé à prouver que, après son accident, il n'a jamais réellement repris un travail à 50%. Or, cette demande d'apport de preuve n'est pas pertinente. En effet, la question à trancher n'est pas celle de savoir si l'intéressé a réellement travaillé à 50% après son accident mais si une activité de 50% était encore exigible. Cette dernière question peut être examinée à la lumière des expertises médicales versées au dossier, sans qu'il ne soit nécessaire de procéder à une audition de témoins (sur l'appréciation anticipée des preuves: ATF 124 V 94 consid. 4b et 122 V 162 consid. 1d avec les références).

## **E. 11**

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

## **E. 12.1**

Les frais de procédure, fixés à CHF 300.-, sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté au cours de l'instruction.

## **E. 12.2**

Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

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