

BVGer C-5615/2016 vom 29. Juni 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-06-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5615_2016

FR: TAF C-5615/2016 du 29 juin 2020

IT: TAF C-5615/2016 del 29 giugno 2020

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1

Au regard des art. 31, 32 et 33 let. d LTAF (RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal de céans est compétent pour connaître du présent recours. Le recourant a qualité pour recourir, étant directement touché par la décision attaquée et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA [830.1] et 48 al. 1 PA). Le recours a été déposé en temps utile (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA) et dans les formes requises par la loi (art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs a été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA; TAF pces 8, 9 et 11).

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 et librement (cf. art. 12 PA) ; l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, le Tribunal examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués dans le recours (cf. art. 62 al. 4 PA; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. Pierre Moor/Etienne Poltier, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s.; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). 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, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55).

E. 2.3

En particulier, le Tribunal examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1; 140 V 22 consid. 4; notamment : arrêts du TAF C-3841/2015 du 8 janvier 2019 consid. 3.2 et 5; A-5658/2013 du 18 août 2014 consid. 2.2; voir aussi Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le

Tribunal administratif fédéral, 2013, n°98 p. 67). A ce sujet, il est remarqué qu'aux termes de l'art. 40 al. 2 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 l'Office cantonal était donc compétent d'examiner la nouvelle demande de l'assuré, celui-ci ayant travaillé comme frontalier dans le canton E._____ (AI pce 21). 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.

E. 3.1

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (notamment : ATF 143 V 446 consid. 3.3; 136 V 24 consid. 4.3). Sauf indication contraire, les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), s'appliquent au cas d'espèce.

E. 3.2

Le Tribunal apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit en l'espèce, jusqu'au 28 juillet 2016. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b).

E. 3.3

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant, ressortissant franco-suisse est domicilié en France et a été assuré plusieurs années en Suisse (AI pce 82). 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; cf. art. 80a al. 1 LAI), entré en vigueur le 1er juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1; 128 V 317 consid. 1b/aa). Son annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 4

En l'espèce, la décision du 28 juillet 2016 est litigieuse par laquelle l'OAIE est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du 1er décembre 2015 du recourant et l'a rejetée expressément. Le recourant qui conteste cette décision a notamment conclu à la reconnaissance d'un droit aux prestations de l'assurance-invalidité (TAF pce 1) et à l'octroi des mesures professionnelles en vue d'un reclassement compte tenu d'un taux d'invalidité de 20% au moins (TAF pce 23). Ci-après, le TAF examinera dans un premier temps, le droit du recourant à une rente d'invalidité (cf. consid. 5, 6, 8 à 13) et se prononcera ensuite sur son droit à un reclassement professionnel (consid. 14 et 15).

E. 5.1

S'agissant de l'examen à effectuer par le Tribunal il est rappelé que la première demande de prestations du recourant a été rejetée le 7 mai 2014 (AI pce 66). L'OAIE avait considéré que le taux d'invalidité de 11% ne donnait droit ni à une rente d'invalidité ni à un reclassement professionnel et que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées car elles n'auraient pas été de nature à améliorer la capacité de gain de l'assuré. Cette décision est entrée en force de chose décidée faute de recours déposé à son encontre et elle limite l'examen de la nouvelle demande de rente de l'assuré.

E. 5.2

Selon la jurisprudence, lorsque l'administration - comme en l'occurrence (consid. 4) - entre en matière sur une nouvelle demande de prestations et examine l'affaire au fond, elle doit analyser si une modification du degré d'invalidité est intervenue en procédant de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA selon lequel, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir (ATF 141 V 9 consid. 2.3; 130 V 64 consid. 2; 117 V 198 consid. 3a; notamment : arrêts du TF 9C_269/2018 du 25 juillet 2018 consid. 2; I 329/05 du 10 février 2006 consid. 1.1; 132/03 du 26 avril 2005 consid. 2).

E. 5.3

La jurisprudence a précisé que tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi 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 (ou d'exercer les travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3; 134 V 131 consid. 3; 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 275 consid. 1a) dans le sens qu'elles entraînent une modification du droit à la rente (cf. ATF 133 V 545 consid. 6.1; Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, art. 31, n° 11 ss pp. 498 ss). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; 115 V 308 consid. 4a/bb; arrêts du TF 8C_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2; I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; I 574/02 du 25 mars 2003 publié dans SVR 2004 IV n. 5 et références) d'un point de vue médical notamment (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3; arrêts du TF 8C_160/2017 cité consid. 2.2; 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.1). Un motif de révision au sens de la loi doit clairement ressortir du dossier (arrêts du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un

réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1; I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et références; Michel Valterio, op. cit., art. 31, n° 11 p. 498).

E. 5.4

Lorsque l'administration constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée, elle rejette la nouvelle demande de prestations (ATF 117 V 198 consid. 3a; arrêt du TF 9C_589/2017 du 17 avril 2018 consid. 4). Dans le cas inverse, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et statuer en conséquence (arrêt du TF 132/03 cité consid. 2). En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au tribunal (ATF 117 V 198 consid. 3a; 109 V 108 consid. 2b).

E. 5.5

Pour examiner si dans un cas il y a eu une modification importante du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, le point de départ forme la dernière décision rejetant la demande de prestations entrée en force. Les faits tels qu'ils se présentaient à ce moment-là doivent être comparés aux circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4; 130 V 343 consid. 3.5.2; 130 V 71 consid. 3.2.3 et références). En l'espèce, le TAF analysera le bienfondé de la décision attaquée du 28 juillet 2016 (AI pce 101) en se prononçant sur les questions de savoir si le recourant a subi une modification notable de sa situation depuis le 7 mai 2014 (AI pce 66) et si cette modification est propre à influencer sur son droit à une rente d'invalidité.

E. 6.1

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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. Selon l'art. 6, 1^{ère} phrase LPGA, on entend par incapacité de travail, 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. L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase LPGA). La notion d'invalidité, en droit suisse, est donc de nature économique/juridique et non médicale.

E. 6.2

Conformément à 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), - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b; voir aussi consid. 13.5.1), - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente d'invalidité 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 LPGA.

E. 6.3

Le degré d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative doit être déterminé en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, conformément à l'art. 16 LPGA, en lien avec l'art. 28a al. 1 LAI (cf. consid. 13 ci-après).

E. 6.4

La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré du taux d'invalidité. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, la personne assurée a droit à un quart de rente si elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente si elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente si elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière si elle est invalide à 70% au moins. L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que 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 (art. 13 LPGA) en Suisse. Toutefois, cette restriction ne s'applique pas lorsque la personne assurée est une ressortissante suisse ou d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) et réside dans l'un de ces pays (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

E. 6.5

Enfin, s'agissant de la condition d'assurance qu'une personne doit remplir pour avoir droit à une rente d'invalidité suisse, il ressort de l'art. 36 al. 1 LAI que tout requérant doit avoir versé, lors de la survenance de l'invalidité, des cotisations à l'AVS/AI durant trois années au total, dont au moins une année 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, il est précisé que l'assuré remplit la condition liée à la durée minimale de cotisations pouvant donner droit à une rente d'invalidité, ayant cotisé plusieurs années en Suisse depuis 1996 (AI pce 82).

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), 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'espèce (consid. 6.5) - les pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations, en particulier des rapports médicaux. En effet, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique (cf. consid. 6.1), 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 au vu de ses limitations (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c). L'évaluation finale des conséquences

fonctionnelles d'une atteinte à la santé, voire le point de savoir quelle capacité de travail peut être exigée de la personne assurée constitue toutefois 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 principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le tribunal (notamment : ATF 144 V 50 consid. 4.3; cf. aussi consid. 2.2). Il implique que tous les moyens de preuve doivent être examinés de manière objective quelle que soit leur provenance (ATF 132 V 93 consid. 5.2.8) et il sied de 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

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 la 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 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et références). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1; Michel Valterio, op. cit., art. 57, n° 33).

E. 7.3.2

La valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. Les experts doivent alors prendre en considération que la modification de l'état de santé doit être notable et qu'une nouvelle appréciation du cas alors que les circonstances sont demeurées inchangées ne constitue pas un motif de révision (cf. consid. 5.3; ATF 141 V 9 consid. 2.3; 112 V 371 consid. 2b; arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4, I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; voir aussi arrêt du TF 8C_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2; Andreas Traub, Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevision, RSAS 2012 pp. 183 ss; Michel Valterio, op. cit., art. 31, n° 11).

E. 7.3.3

Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance qui les unit à son leur patient-e ; il est constant d'après la jurisprudence que ces médecins sont généralement enclin, en cas de

doute, à prendre parti pour leur patient-e (ATF 135 V 465 consid. 4.5; 125 V 351 consid. 3b/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par la personne assurée en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF 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 351 consid. 3b/dd; arrêts du TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2015 consid. 6.2; 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3).

E. 7.3.4

S'agissant des rapports médicaux qui sont postérieurs à la décision attaquée, limitant le pouvoir d'examen du Tribunal dans le temps (cf. consid. 3.2), il sied de rappeler qu'ils ne sont 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_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et références).

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

Dans le cas concret, il sied d'examiner si un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa est survenu (consid. 5.5) ce que l'OAIE conteste. Ce faisant, le TAF détermine les faits tels qu'ils étaient déterminants lorsque la décision du 7 mai 2014 a été rendue (consid. 9) et ceux qui ont existé jusqu'au 28 juillet 2016 (consid. 10 et 11). Il les comparera ensuite (consid. 11.3.4 et 11.4.8; conclusions : consid. 11.5).

E. 9.1

La décision du 7 mai 2014 reposait d'un point de vue médical sur l'avis du 29 novembre 2013 de la Dresse F._____ du SMR (AI pce 38 p. 2). Ce médecin a retenu que l'assuré souffrait d'un trouble de la mobilité et d'une allodynie de l'index (D2) et du majeur (D3) de la main gauche dominante en lien avec une algoneurodystrophie de la main sur status post traumatisme avec fractures extra-articulaire sous-capitales de la phalange moyenne (P2) du majeur avec section du tendon extenseur du majeur et plaie pulpaire avec arrachement de l'ongle de l'index, traité par embrochage des fractures et suture du tendon. La Dresse F._____ a également noté que l'évolution a été défavorable avec l'apparition d'un Sudeck particulièrement sévère et douloureux du membre supérieur gauche. S'agissant des limitations, le médecin SMR a mentionné que l'assuré devait éviter l'utilisation de la main gauche pour tous ce qui implique des gestes fins et précis, le serrage, le transport ou la charge et a précisé qu'à ce jour, il était nécessaire de privilégier une activité de type monomanuel. De plus, elle a considéré que l'assuré présentait depuis la sortie de la Clinique C._____ où il a séjourné du 13 février au 20 mars 2013 une aptitude à la réadaptation et ceci malgré le fait qu'il existait encore un défaut de mobilité de l'index et du majeur et une

allodynie. Elle a conclu que la capacité de travail dans une activité adaptée était entière à partir du 20 mars 2013 alors que dans l'activité habituelle, la capacité de travail était nulle et ceci probablement définitivement.

E. 9.2

La Dresse F. _____ a fondé son avis principalement sur le rapport d'expertise du 11 avril 2013 de la Clinique C. _____ (AI pce 3 pp. 1 à 5). Les Drs G. _____ et H. _____ qui ont rédigé ce rapport ont fait état des diagnostics connus ainsi que des interventions, traitements et examens entrepris. Ils ont remarqué que l'évolution était marquée par le développement d'une algodystrophie et que la situation n'était pas encore stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Ainsi, ils n'ont retenu que des limitations provisoires ayant porté sur des activités nécessitant la préhension de la main gauche. Ils ont conseillé la poursuite de l'ergothérapie et de la physiothérapie afin de désensibiliser l'index et le médius avant d'envisager de gagner en mobilité des doigts et d'améliorer l'intégration du membre supérieur gauche et sa fonction. Ils ont estimé qu'on pouvait s'attendre à une évolution de plusieurs mois avant stabilisation médicale et qu'il était encore trop tôt pour se prononcer avec certitude sur le pronostic de reprise de l'activité de maçon. En revanche, le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée, respectant les limitations citées, a été jugé favorable (AI pce 3 pp. 4 s.). Différents autres rapports ont été joints dont les rapports d'ergothérapie et de physiothérapie (AI pce 3 pp. 6 ss et 11 s.) qui ont également fait état d'une possible amélioration (AI pce 3 p. 8) tout en indiquant que cela allait prendre du temps (AI pce 3 p. 12).

E. 9.3

Dans le dossier se trouvaient notamment encore les rapports médicaux suivants : - le compte-rendu opératoire du 11 mai 2012 du Dr I. _____ de l'Hôpital J. _____ (AI pce 3 pp. 29 s.), - les rapports des 4 et 29 octobre 2012 du Dr K. _____ de l'Hôpital J. _____ lequel a posé les diagnostics connus et mentionné les interventions opératoires et traitements pratiqués. Il a indiqué pour l'essentiel que la progression au niveau du majeur stagne depuis environ 3 mois et que le patient décrivait des douleurs non spécifiques au niveau des doigts, irradiant dans l'avant-bras (AI pce 2 p. 77 et pce 3 pp. 24 s.), - l'appréciation médicale du 25 janvier 2013 du Dr L. _____ de la SUVA qui a proposé un séjour à la Clinique C. _____ (AI pce 2 pp. 38 s.), - les rapports manuscrits des 29 janvier et 11 mars 2013 du Dr M. _____ du département de chirurgie de l'Hôpital J. _____ qui a notamment conseillé une intervention auprès de l'employeur afin d'attribuer à l'assuré un travail approprié (AI pce 2 pp. 24 et 30), - les rapports des 28 août et 26 septembre 2013 (AI pces 17 et 39 p. 17) du Dr N. _____, chirurgien de la main de l'Hôpital J. _____, lequel a observé une incapacité d'utiliser l'index et le majeur gauche en raison d'une algodystrophie sévère. Il a observé l'impossibilité de soulever et de porter des charges et de monter sur une échelle et un échafaudage (AI pce 17), - le rapport du 11 avril 2014 du Dr D. _____ de l'Hôpital J. _____ qui estimait que l'état était stabilisé et que l'assuré présentait une exclusion complète des deux rayons de l'index et du majeur en raison d'importantes allodynies (AI pce 65).

E. 9.4

Sur le plan économique, la décision du 7 mai 2014 se fondait sur la détermination du 18 décembre 2013 du degré d'invalidité de l'assuré de laquelle un taux de 11% résultait (AI pce 40). Pour le revenu sans invalidité, l'Office AI cantonal a pris en compte le salaire que

l'assuré aurait gagné auprès de son ancien employeur, soit en 2013 le montant de 62'621 francs (4'817 francs x 13). Pour le revenu avec invalidité, il a recouru aux données statistiques de l'année 2010 et les a indexées. Concrètement, il a pris en considération des activités physiques ou manuelles simples dans le secteur tertiaire et a pratiqué un abattement de 10% sur cette valeur afin de tenir compte que l'assuré ne pouvait plus que poursuivre des activités légères. Le revenu d'invalidité retenu s'élevait alors à 55'995 francs.

E. 10.1

Lorsque l'OAIE a rendu la décision attaquée du 28 juillet 2016, il disposait dans un premier temps notamment des nouveaux rapports médicaux suivants : - le rapport du 28 janvier 2014 du Dr D. _____ qui a estimé que l'état était stabilisé. Il a noté que l'utilisation des 2e et 3e rayons était impossible et les doigts exclus et qu'il y avait une diminution de la force (AI pce 74 p. 233), - le rapport du 11 mars 2014 de l'examen médical final, établi par la Dresse O. _____ de la SUVA, laquelle a constaté que la situation n'était pas encore stabilisée ; elle a conseillé la reprise de l'ergothérapie puisque l'assuré commençait à exclure l'entier de sa main et même partiellement son poignet (AI pce 74 pp. 204 à 209), - le rapport du 24 juillet 2014 du Dr D. _____, notant notamment que l'exclusion complète de l'index et du majeur correspondait à une atteinte à l'intégrité de 15% (AI pce 74 p. 139), - les certificats d'arrêt du travail, signés du Dr D. _____, allant du 1er janvier au 31 août 2014 (AI pce 74 pp. 143, 146, 156, 177, 178, 183, 210, 224, 248), l'assuré ayant repris le travail le 1er septembre 2014 (AI pce 74 p. 143), - les bilans des 3 et 10 juin ainsi que du 25 septembre 2014 de l'ergothérapeute (AI pce 73 pp. 2, 3 et 137, 138), - le compte-rendu du 8 avril 2015 de la scintigraphie osseuse dynamique et corps entier, signé du Dr P. _____ (AI pce 74 p. 103), - les rapports médicaux initiaux LAA Rechute des 15, 16 et 17 avril 2015 (AI pce 74 pp. 88, 94 et 104), - le résultat du 18 juin 2015 de l'examen par CT de la main gauche, signé du Dr Q. _____ (AI pce 73 p. 4), - le rapport du 29 juillet 2015 de la Clinique C. _____ (AI pce 74 pp. 50 à 54) où l'assuré a séjourné du 16 juin au 8 juillet 2015 afin de bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire (physiothérapie, ergothérapie, mini-ECF, ateliers professionnels, psychosomatique et diététique). Les Drs G. _____ et R. _____ ont diagnostiqué notamment une allodynie de l'index et du majeur de la main gauche, une algodystrophie du membre supérieur gauche au décours ainsi que l'état traumatique connu (AI pce 74 pp. 50). De plus, ils ont retenu comme limitations définitives toute activité bimanuelle nécessitant une préhension avec la main gauche. Les médecins ont encore indiqué que l'assuré restait centré sur ses douleurs, qu'il a fait de nombreuses auto-limitations et qu'il sous-estimait le niveau d'activités qu'il pouvait réaliser mais qu'aucune incohérence n'a été observée ; différents autres rapports ont été joints (AI pce 74 pp. 55 à 72), - le rapport du 15 octobre 2015 de la Dresse S. _____, médecin généraliste, laquelle a informé que son patient souffrait de douleurs constantes. A l'examen elle a observé une rétraction du majeur gauche et des cals douloureux qui se sont formés le long du tendon lequel était très douloureux à la palpation ; ce médecin a avancé qu'un reclassement professionnel était impératif et la capacité de travail de 30% (AI pce 73 p. 1), - le rapport neurologique du 19 novembre 2015 du Dr T. _____ de la SUVA lequel, au regard du dernier rapport de la Clinique C. _____, a contesté une recrudescence d'un syndrome douloureux régional chronique et complexe (SDRC), respectivement d'une algodystrophie mentionnés auparavant. Toutefois, il a également relevé que la documentation relative à des points importants, tels que les signes d'utilisation de la main gauche et les éventuelles amyotrophies dues à l'inactivité, était incomplète. Il a encore conclu qu'il n'y avait pas d'indication à l'implantation d'un neurostimulateur médullaire

évoquée par les médecins de la Clinique C._____ (AI pce 74 pp. 22 à 31; pour la traduction en français AI pce 74 pp. 10 à 19), - le rapport médical du 11 janvier 2016 du Dr N._____ de l'Hôpital J._____ qui a rapporté que l'assuré présentait des douleurs majeures ainsi qu'une exclusion complète de son membre supérieur gauche (main et avant-bras) et que tout contact, même de l'eau, était perçu comme douloureux ; il conclut que l'assuré présente depuis mars 2012 une incapacité de travail totale dans son ancienne activité mais qu'un travail qui n'implique que l'utilisation du membre supérieur droit, sans port de charge et sans monter sur une échelle/échafaudage serait envisageable (AI pce 83), - les certificats d'incapacité de travail depuis le 9 mars 2015 (AI pce 74 p. 90; voir AI pce 74 pp. 21, 72, 78, 82, 93, 109, 110, 111; AI pce 85 p. 10). La Dresse U._____ du SMR a remarqué qu'au vu des pièces médicales à disposition, il n'y avait pas de récurrence d'une algoneurodystrophie, que l'aggravation de l'état de santé n'était pas rendue plausible et que les conclusions du SMR du 29 novembre 2013 restaient valables (avis du 19 février 2016 [AI pce 88]).

E. 10.2

Après le projet de décision du 25 février 2016, les nouvelles pièces suivantes ont pour l'essentiel été produites : - le rapport médical du 4 mai 2016 de la Dresse S._____ similaire à son rapport précédent ; le médecin précise que l'assuré éprouve des difficultés à la préhension, au port des objets et à l'écriture (AI pce 93), - l'appréciation médicale du 3 mai 2016 de la Dresse O._____ de la SUVA laquelle a notamment confirmé les limitations fonctionnelles définitives observées par les médecins de la Clinique C._____ (AI pce 96 pp. 8 à 11), - le rapport du 24 mai 2016 du Dr N._____ qui a décrit l'évolution et les différents traitements entrepris sans amélioration. Il a conclu que l'assuré présentait un SDRC du membre supérieur gauche avec exclusion quasi complète de la main et des 2e et 3e rayons en rectitude totale et une position intrinsèque quasi constante de la main gauche. Il a avancé que la fonction actuelle de ce membre était équivalente à une main amputée ; le médecin a également noté que l'assuré avait une tendance à développer des tendinopathies du membre supérieur droit ainsi que des douleurs articulaires (AI pce 97). La Dresse V._____ du SMR, invitée à se déterminer, s'est basée principalement sur les rapports des 11 mars 2014, 19 novembre 2015 et 3 mai 2016 des Drs O._____ et T._____ de la SUVA. Elle a confirmé la position précédente du SMR et conclu qu'il n'y avait pas de modification de l'état de santé depuis la décision du 1er avril 2014 et pas de motif de révision. Elle a notamment avancé que la seule chose qui avait véritablement changé par rapport à 2013 et 2014 était le fait que l'on se trouvait désormais dans une situation chronicisée (avis du 12 juillet 2016 [AI pce 98]).

E. 10.3.1

Pendant la présente procédure de recours, les nouvelles pièces médicales suivantes ont été transmises : - le rapport médical du 7 septembre 2016 du Dr N._____ (TAF pce 5 annexe 6) lequel a remarqué que l'assuré qui a tenté une reprise de travail a évidemment présenté une rechute douloureuse ainsi qu'un état aggravé par une accentuation des douleurs de la main gauche. De plus, suite à une surutilisation de la main droite, l'assuré aurait développé une symptomatologie d'épicondylalgies, d'épitrôchléalgies au niveau du coude droit ainsi que de ténosynovite sténosante au niveau du majeur droit. Ce médecin a conclu qu'une reconversion professionnelle était souhaitable, - le rapport du 3 mars 2017 de l'appréciation chirurgicale et neurologique de l'examen interdisciplinaire du 18 janvier 2017, établi par les médecins de la SUVA, les Drs T._____, spécialiste en neurologie, et W._____.

spécialiste en chirurgie. Ces médecins ont pour l'essentiel retenu une privation fonctionnelle de l'usage de la main gauche (dominante) sur syndrome douloureux régional complexe et attesté que l'assuré était un manchot d'un point de vue fonctionnel. Ils ont décrit une activité adaptée et estimé que son exercice était exigible sans limitations du temps de travail ou de rendement. Ces médecins ont encore noté que l'assuré avait perdu son dernier emploi en avril 2015 et qu'il touchait des maigres allocations de l'assurance-chômage française (TAF pce 18 annexe). La Dresse F. _____ du SMR laquelle s'est prononcée sur cette nouvelle documentation a estimé que l'appréciation chirurgicale et neurologique du 18 janvier 2017 n'était pas susceptible de modifier les conclusions du SMR (avis du 19 octobre 2017 [TAF pce 21 annexe 2]).

E. 10.3.2

Ultérieurement, ont encore été transmis le rapport du 29 juin 2017 de l'examen histologique, signé de la Dresse X. _____ et le certificat du 4 décembre 2017 de la Dresse Y. _____, dermatologue, qui relate que l'assuré est suivi pour un mélanome malin et qu'il conviendrait de privilégier un travail en milieu intérieur, l'exposition UV au cours de l'activité professionnelle devant être limitée au maximum (TAF pce 24 et annexes 8 et 9).

E. 10.4

Du reste, dans le dossier de l'OAIE se trouvaient notamment les documents ci-après : - la décision du 3 octobre 2014 de la SUVA, accordant une atteinte à l'intégrité de 12,5% (AI pce 74 pp. 132 s.), - la déclaration de sinistre LAA du 13 avril 2015 (AI pce 74 p. 108), - les rapports d'entretien des 17 mars 2014 et 5 mai 2015 entre la case manager de la SUVA et l'assuré (AI pce 74 pp. 86 s. et 187) desquels il apparaît essentiellement que l'assuré est déçu des mesures de l'AI, que, d'après lui, le permis nacelles et les stages auraient été insuffisants et que pour ne pas se retrouver au chômage l'assuré aurait préféré reprendre son ancienne activité qui pourtant n'a pas été adaptée ce qu'il admettait désormais (AI pce 74 p. 187), - le questionnaire pour l'employeur du 26 janvier 2016 duquel il ressort notamment que le contrat de travail était toujours en vigueur (AI pce 84), - la réponse du 15 février 2016 de l'employeur, informant de l'évolution salariale jusqu'à 2016 (AI pce 96 p. 28), - la décision du 19 juillet 2016 de la SUVA par laquelle aucune rente a été accordée compte tenu d'un degré d'invalidité de 8.68% (AI pce 102), - l'opposition du 29 juillet 2016 de l'assuré contre cette décision (TAF pce 5 annexe 5), - la nouvelle décision du 1er mai 2017 de la SUVA, remplaçant celle du 19 juillet 2016 et allouant à l'assuré une rente d'invalidité de 20% (TAF pce 17 annexe).

E. 11.1

La décision litigieuse du 28 juillet 2016 repose sur les avis des médecins du SMR lesquelles soutiennent qu'aucune modification de l'état de santé de l'assuré n'est intervenue depuis la décision du 1er avril 2014 et que, partant, il n'y aurait pas de motif médical de révision (avis des 19 février 2016, 12 juillet 2016 et 19 octobre 2017 [AI pces 88, 98 et TAF pce 21 annexe 2]; consid. 10.1, 10.2 et 10.3.1). Pour les raisons ci-après, le TAF ne saurait pas suivre la position du SMR. Le Tribunal se base sur les résultats du rapport d'expertise du 3 mars 2017 des Drs T. _____ et W. _____ de la SUVA (TAF pce 18 annexe; consid. 10.3.1) ainsi que sur l'appréciation du 24 mai 2016 du Dr N. _____ de l'Hôpital J. _____ concernant l'affection du membre supérieur gauche de l'assuré (AI pce 97; consid. 10.2).

E. 11.2

Certes, l'expertise des Drs T._____ et W._____ a été demandée par la SUVA et porte dès lors sur quelques questions propres à l'assurance-accidents, à savoir sur l'origine accidentelle des troubles et sur l'atteinte à l'intégrité physique de l'assuré. Toutefois, dans la mesure où elle établit la situation médicale de l'assuré et se prononce sur l'évolution de celle-ci depuis l'accident compte tenu des limitations fonctionnelles, l'expertise est également utile en matière de l'assurance invalidité. De plus, bien que le rapport d'expertise, daté du 3 mars 2017, soit postérieur à la décision querellée du 28 juillet 2016, le Tribunal note qu'il est en l'espèce relevant puisque les experts se déterminent sur les observations du 24 mai 2016 du Dr N._____ et se prononcent donc sur la situation déterminante au moment de la décision (AI pce 97; voir notamment consid. 11.3.1, 11.4.2 et 11.4.5; voir aussi consid. 7.3.4). Plus encore, eu égard aux exigences jurisprudentielles quant à la valeur probante d'une expertise médicale (consid. 7.3.1), le Tribunal de céans constate que pour leur rapport d'expertise, les Drs T._____ et W._____ se sont fondés sur les pièces principales du dossier médical (TAF pce 18 pp. 1 à 8). De plus, ils ont établi l'anamnèse systémique, sociale et professionnelle, les doléances et traitements actuels ainsi que le déroulement d'une journée de l'assuré (pp. 9 à 11). Ensuite, les experts ont fait état des constatations de leurs examens cliniques chirurgicaux et neurologiques ciblés (pp. 11 à 13). Ils ont alors posé le diagnostic (p. 13) et exposé l'appréciation du cas et leurs conclusions (pp. 13 à 15). Enfin, ils ont répondu aux questions ayant notamment eu trait au point de savoir si une modification de la situation est survenue (pp. 15 ss). En outre, il est incontesté que le Dr T._____, spécialiste en neurologie, et le Dr W._____, spécialiste en chirurgie, disposent des qualifications médicales nécessaires pour prendre, en tant qu'experts, position sur les troubles de l'assuré. Plus encore, leur expertise interdisciplinaire garantit que l'état de santé de l'assuré a été évalué dans son ensemble. En conséquence, le TAF remarque que l'appréciation des experts de la SUVA repose sur un examen détaillé et approfondi de la situation du recourant au sens de la jurisprudence et qu'elle peut être prise en considération en l'occurrence.

E. 11.3.1

D'un point de vue diagnostique, les Drs T._____ et W._____, dans leur rapport d'expertise du 3 mars 2017, ont fait état d'un syndrome douloureux régional complexe (SDRC) en lien avec l'accident du 12 mars 2012 (TAF pce 18 annexe pp. 13 et 15). Le Dr T._____ a ainsi infirmé son appréciation précédente du 19 novembre 2015 (AI pce 74 pp. 22 à 31; pour la traduction AI pce 74 pp. 10 à 19; consid. 10.1) et avec le Dr W._____, il a confirmé le diagnostic retenu par le Dr N._____ qui dans son rapport du 24 mai 2016 a conclu que l'assuré présentait un SDRC du membre supérieur gauche avec exclusion quasi complète de la main et des 2^e et 3^e rayons en rectitude totale et position intrinsèque quasi constante de la main gauche (AI pce 97). Par contre, les Drs T._____ et W._____ n'ont pas attesté une tendovaginite sténosante du majeur droit ou une épicondylopathie du coude droit alors que le Dr N._____ a avancé les 24 mai et 7 septembre 2016 une symptomatologie y relative suite à une surutilisation de la main et du coude droit (AI pce 97 et TAF pce 5 annexe 6). Les médecins de la SUVA ont expliqué que leur examen clinique n'a pas permis d'établir ces atteintes (TAF pce 18 annexe p. 12) et ils ont exposé qu'il n'était pas prouvé qu'il y avait une surcharge ou une sursollicitation chronique de l'extrémité supérieure droite, l'assuré n'ayant plus travaillé depuis longtemps ni effectué des tâches ménagères (p. 18 du rapport).

E. 11.3.2

La Dresse F. _____ du SMR, se déterminant dans son avis du 19 octobre 2017 sur le rapport des Drs T. _____ et W. _____, ne met pas en doute les diagnostics posés, concluant par ailleurs tout comme antérieurement ses collègues, les Dresses U. _____ et V. _____ (AI pces 88, 98), que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas modifié (TAF pce 21 annexe 2; consid. 10.3.1).

E. 11.3.3

Le Tribunal n'a pas non plus de raisons de mettre en cause les conclusions des experts de la SUVA lesquelles sont motivées (consid. 11.3.1) et fondées sur un examen fouillé (cf. consid. 11.2). Par conséquent, il retient que l'assuré, au moment de la décision contestée, souffrait d'un syndrome douloureux régional complexe (SDRC). Le mélanome malin qui a été diagnostiqué en 2017 (cf. rapports de 29 juin et 4 décembre 2017 des Dresses X. _____ et Y. _____ [TAF pce 24 annexes 8 et 9]) et dont le recourant se prévaut dans la présente procédure, ne peut pas être pris en compte, le pouvoir d'examen du Tribunal étant limité au 28 juillet 2016 (cf. consid. 7.3.4).

E. 11.3.4

Comparant les affections présentes au moment de la décision querellée aux diagnostics retenus par la Dresse F. _____ dans son avis du 29 novembre 2013, à la base de la décision du 7 mai 2014 (cf. consid. 9.1), le TAF remarque que l'assuré souffrait le 28 juillet 2016 essentiellement toujours des séquelles de son accident et, partant, des atteintes similaires à celles présentes en 2014 bien que les experts de la SUVA aient alors mis le SDRC au premier plan. Notamment, aucune nouvelle atteinte déterminante n'a pu être établie selon le degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 7.4). En conséquence, sur le plan diagnostique, le TAF considère qu'aucune modification notable n'est survenue depuis le 7 mai 2014.

E. 11.4.1

Cela étant, il est rappelé que les atteintes à la santé en tant que telles ne sont pas assurées par l'assurance-invalidité mais leurs effets sur la capacité de travail résiduelle de la personne assurée (cf. consid. 6.1). Or, une modification de l'état de santé déterminante au sens de l'art. 17 LPGa peut aussi résulter d'une modification de l'intensité de l'atteinte et donc de ses effets sur la capacité de travail de la personne concernée (cf. ATF 141 V 9 consid. 6.3.2; arrêt du TF 9C_771/2009 du 10 septembre 2010 consid. 2.3; cf. consid. 5.3).

E. 11.4.2

Dans ce sens, le TAF relève que le Dr N. _____ dans son rapport du 24 mai 2016 a observé que l'assuré a développé une exclusion complète de sa main gauche avec les 2e et 3e rayons en rectitude totale avec une main en position intrinsèque constante et une absence quasi complète de mobilité des doigts longs. Il a conclu que la fonction actuelle du membre supérieur gauche était équivalente à une main amputée (AI pce 97). Les Drs T. _____ et W. _____ ont également constaté dans leur rapport du 3 mars 2017 que l'état de la main gauche était comparable à un status après amputation et que l'assuré devait être considéré comme un manchot d'un point de vue fonctionnel, n'ayant que sa main droite non dominante à sa disposition. Toute activité bimanuelle ne serait plus exigible de sa part, pas plus que l'utilisation de sa main gauche comme main d'appoint ou comme contre-appui. Ils ont par ailleurs spécifié qu'ils ont observé que l'assuré faisait usage de la portion distale de son avant-bras gauche, comme en cas d'amputation de la main gauche, lorsqu'il devait la remplacer pour la totalité des fonctions d'aide ou d'appoint et qu'il effectuait ces gestes de

manière spontanée, sans y avoir réfléchi préalablement (TAF pce 18 annexe pp. 11 et 15) ainsi que dans des situations relativement inhabituelles (p. 11 du rapport). Ils ont aussi remarqué que les descriptions de l'assuré étaient sobres et compréhensibles et que celui-ci faisait preuve d'un comportement de ménagement évident mais que celui-ci n'était pas exagéré (p. 11).

E. 11.4.3

Les Drs T. _____ et W. _____ ont ensuite retenu le profil d'une activité exigible suivant : les travaux légers lesquels n'impliquent pas la manipulation des charges au-delà de 10 kg au maximum, qui ne posent pas des exigences particulières en matière de motricité fine (vu l'usage exclusif de la main droite non dominante, d'un point de vue fonctionnel), ni des mouvements répétitifs du poignet et du coude (vu l'usage exclusif de la main droite non dominante), lesquels, de plus, ne nécessitent pas que l'assuré monte et travaille sur des échelles et échafaudages, qu'il monte et descend des escaliers dans le cadre de ses tâches, qu'il exerce des activités en hauteur (vu la diminution de sa capacité de préhension), qu'il conduit un véhicule non adapté à son handicap ou qu'il est exposé au froid, aux vibrations, à un milieu humide ou mouillé ou à des températures élevées. Si ces limitations sont respectées, il n'y aurait pas, selon les experts, des limitations du temps de travail ou de rendement attendues de la part de l'assuré (TAF pce 18 annexe pp. 14, 15 et 16).

E. 11.4.4

Les experts ont aussi considéré que les séquelles de l'évènement accidentel du 12 mars 2012 avaient provoqué par la suite un SDRC, qu'un état final était atteint, que l'on ne devait pas s'attendre à une amélioration déterminante de la fonction notamment de la main gauche et que l'ensemble des suites d'accident s'est manifesté au fil du temps (TAF pce 18 annexe p. 14).

E. 11.4.5

Les Drs T. _____ et W. _____ ont encore été invités à répondre à la question de savoir si l'estimation du Dr N. _____ lequel, dans son rapport du 24 mai 2016, a comparé la fonction de l'extrémité supérieure gauche à une main amputée (AI pce 97), repose sur une aggravation objective de l'état de santé de l'assuré depuis la décision de la SUVA du 3 octobre 2014 (cf. AI pce 74 pp. 132 s.). Les Drs T. _____ et W. _____ ont alors remarqué que les constatations cliniques qu'ils ont recueillies figuraient déjà pour l'essentiel dans le rapport médical établi le 11 mars 2014 par la Dresse O. _____ et que les limitations fonctionnelles de la main gauche ont été décrites régulièrement dans les résultats d'examens. Pourtant, les spécialistes ont exposé qu'on n'évoquait pas encore la privation de l'usage de la main gauche ou un état de manchot d'un point de vue fonctionnel. Ils poursuivent que l'on avait prévu à l'époque que la situation de l'assuré s'améliorait encore mais que tel n'aurait pas été le cas. En outre, ils ont indiqué que les rapports ont été lacunaires de la part des médecins traitants au sujet de la fonction de la main gauche et que seule une algodystrophie sévère et persistante aurait été mentionnée régulièrement dans les rapports médicaux intermédiaires (p. 16 du rapport).

E. 11.4.6

La Dresse F. _____ du SMR dans son rapport du 19 octobre 2017 a repris les conclusions des spécialistes de la SUVA s'agissant des limitations fonctionnelles de l'assuré (TAF pce 21 annexe 2). Elle a remarqué qu'il en résulte, comme déjà mentionné par le SMR, que l'activité habituelle de maçon n'était plus exigible mais que l'assuré pouvait exercer à plein

temps une activité qui respectait les limitations fonctionnelles alléguées. Enfin, elle a confirmé à l'instar de ses collègues que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas modifié (voir aussi consid. 11.3.2).

E. 11.4.7

Le TAF n'a pas non plus de raisons de mettre en cause les limitations fonctionnelles observées par les Drs T._____ et W._____. Elles sont motivées (consid. ci-dessus) et fondées sur un examen approfondi de la situation (cf. consid. 11.2) et corroborées par l'évaluation du 24 mai 2016 du Dr N._____. En outre, s'agissant de la capacité de travail résiduelle, il est constant au regard des limitations décrites par les médecins de la SUVA que l'assuré ne peut plus poursuivre son activité de manoeuvre-maçon depuis l'accident du 12 mars 2012. De plus, il est convaincant qu'il peut par contre exercer une activité adaptée à ses limitations. En effet, le Dr N._____ a également considéré qu'un travail qui n'implique que l'utilisation du membre supérieur droit, sans port de charge et sans travail sur une échelle ou un échafaudage était envisageable (rapport du 11 janvier 2016 [AI pce 83]), et la Dresse S._____, médecin de famille, a décrit des limitations similaires à celles attestées par les Drs T._____ et W._____, soit des difficultés à la préhension, au port des objets et à l'écriture (rapports des 15 octobre 2015 et 3 mai 2016 [AI pces 73 p. 1 et 93]). Du reste, le recourant ne se détermine pas sur cette question.

E. 11.4.8

Il reste à comparer l'évaluation des experts de la SUVA à celle de la Dresse F._____ exprimée dans son avis du 29 novembre 2013 à la base de la décision du 7 mai 2014 (consid. 9.1). Or, contrairement aux médecins SMR, le TAF, à l'instar du recourant, considère que la situation s'est modifiée, voire aggravée, depuis lors d'une manière notable compte tenu des limitations fonctionnelles attestées le 24 mai 2016 par le Dr N._____ (AI pce 97). Cette aggravation constitue un motif de révision (cf. consid. 5.3 et 11.4.1). En effet, d'une part, bien que les experts aient remarqué que les documents médicaux étaient lacunaires à certains égards (consid. 11.4.5), il ressort du dossier constitué avec le degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 7.4) que les séquelles de l'accident du 12 mars 2012 ont évolué et que l'ensemble des suites de l'accident ne s'est manifesté qu'au fil du temps. Les experts de la SUVA l'ont souligné à juste titre (consid. 11.4.4). Ainsi, le TAF constate que l'avis de la Dresse F._____ du 29 mars 2013 reposait sur le constat que l'assuré souffrait d'un défaut de mobilité et d'une allodynie de l'index et du majeur, certes déjà en lien avec une algoneurodystrophie de la main gauche (AI pce 38 p. 2; consid. 9.1). Les médecins traitants, sur les rapports desquels le médecin SMR se fondait, avaient alors fait état d'une incapacité d'utiliser l'index et le majeur gauche (cf. le rapport du 28 août 2013 du Dr N._____ [AI pces 17 et 30 p. 17]) et noté une exclusion de ces doigts (cf. rapports des 11 avril et 24 juillet 2014 du Dr D._____ AI pces 65 et 74 p. 139) et les médecins de la Clinique C._____, dans leur rapport du 11 avril 2013, ont conseillé la poursuite de l'ergothérapie et de la physiothérapie afin de désensibiliser l'index et le médus avant d'envisager de gagner en mobilité de ces doigts et d'améliorer l'intégration du membre supérieur gauche et sa fonction (AI pce 3 pp. 1 à 5). Aucun de ces rapports qui se trouvaient dans le dossier de l'OAIE lorsqu'il a rendu la décision du 7 mai 2014 (cf. consid. 9.1 à 9.3) n'a mentionné une exclusion de la main entière ; le défaut de mobilité de l'index et du médus ainsi que l'exclusion de ceux-ci a primé, aussi sur l'algodystrophie (ou SDRC) également observée. Ensuite, la Dresse O._____ de la SUVA, dans son rapport du 11 mars 2014 de l'examen final (AI pce 74 pp. 204 ss), a attesté une aggravation de la situation

depuis la sortie de l'assuré de la Clinique C. _____ le 20 mars 2013 (AI pce 74 p. 208). Elle a noté que la diminution de la mobilité avait désormais aussi concerné le pouce et l'annulaire (D4) et que l'assuré a « commencé » à exclure l'entier de sa main et même partiellement son poignet. Pour cette raison elle a conseillé la reprise de l'ergothérapie et estimé que la situation n'était pas encore stabilisée (AI pce 74 pp. 208 s.). Or, le TAF remarque que cette aggravation observée par la Dresse O. _____ n'a pas été prise en compte par l'OAIE lorsqu'il a rendu la décision du 7 mai 2014 (AI pce 66), le rapport du médecin de la SUVA n'ayant été produit qu'à la suite de la nouvelle demande de prestations de l'assuré du 1er décembre 2015 (cf. consid. 10.1). Plus encore, le TAF constate que la situation s'est accentuée depuis lors. En effet, ce n'est que le 24 mai 2016 que le Dr N. _____ a remarqué que d'un point de vue fonctionnel l'assuré devait être considéré comme un manchot ce que la Dresse O. _____ n'avait pas encore relevé le 11 mars 2014 puisque l'exclusion du membre supérieur gauche n'était qu'à son stade initial ; l'assuré, selon la Dresse O. _____, la « développait » (cf. AI pce 74 p. 209). Les conclusions du Dr N. _____ ont ensuite été confirmées par les experts de la SUVA lesquelles ont attesté que l'exclusion de la main gauche entière ressemblait d'un point de vue fonctionnel à un état après amputation (consid. 11.4.2). Cette limitation fonctionnelle de la main gauche dominante n'a donc été établie selon le degré de vraisemblance prépondérante (cf. consid. 7.4) que le 24 mai 2016 et constitue, partant, une modification par rapport à la situation présente le 7 mai 2014. D'autre part, le TAF considère qu'une exclusion de la main entière qui est assimilée à une main amputée d'un point de vue fonctionnel comporte des limitations plus importantes qu'une exclusion de l'index et du médus prise en compte lors de la décision du 7 mai 2014 (cf. ci-dessus). Certes, toutes ces atteintes limitent l'exercice d'une activité bimanuelle et impliquent des limitations fonctionnelles proches mais différentes s'agissant notamment l'utilisation de la main concernée - dominante dans le cas concret - comme main d'appoint ou contre-appui. Dès lors, la description des activités adaptées par les experts de la SUVA diverge clairement de celle retenue par la Dresse F. _____ qui a mentionné le 29 novembre 2013 que l'assuré devait éviter l'utilisation de la main gauche pour tous ce qui implique les gestes fins et précis, le serrage, le transport ou la charge et qu'une activité de type monomanuel devait être privilégiée (cf. consid. 9.1) alors que les Drs T. _____ et W. _____ ont exclu toute activité bimanuelle et l'utilisation de sa main gauche aussi comme main d'appoint ou contre-appui (consid. 11.4.2; aussi consid. 11.4.3). Enfin, cette modification de la situation est notable dans la mesure où elle comporte des limitations fonctionnelles plus graves qui limitent, partant, l'exploitation par l'assuré de sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail équilibré d'une manière plus importante (voir aussi le consid. 13.5.3).

E. 11.5

Au vu de ce qui précède, le TAF retient qu'une aggravation de la situation - notamment de l'intensité des séquelles de l'accident (cf. consid. 11.4.1) - est survenue depuis la décision du 7 mai 2014 puisqu'il est établi que l'assuré doit être considéré à compter du 24 mai 2016 comme un manchot d'un point de vue fonctionnel. Cette aggravation constitue un motif de révision. Dans une activité adaptée à ses limitations, la capacité de travail de l'assuré reste toutefois entière. En outre, il est incontesté que l'assuré présente toujours une incapacité de travail totale dans son ancienne activité de maçon depuis l'accident du 14 mars 2012.

E. 12

Il sied encore d'examiner si le motif de révision ouvre au recourant le droit à une rente d'invalidité. Pour ce faire, le taux d'invalidité de l'assuré doit être calculé.

E. 13.1

Le degré d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative doit être déterminé en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. consid. 6.3). Ainsi, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) 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 du travail équilibré (revenu avec invalidité). La différence entre ces deux revenus détermine alors le degré d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4.2; arrêt du TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

E. 13.2

Les revenus à comparer 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 (s'agissant du salaire sans invalidité : ATF 139 V 28 consid. 3.3.2; 134 V 322 consid. 4.1; arrêt du TF 9C_708/2017 du 23 février 2018 consid. 8.1; pour le salaire avec invalidité : ATF 139 V 592 consid. 2.3; 135 V 297 consid. 5.2). Selon la jurisprudence, à défaut d'un salaire de référence, un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques. Pour le marché du travail suisse il s'agit des enquêtes sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS; ATF 139 V 592 consid. 2.3; 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1; 126 V 75 consid. 3b/aa et bb; 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. 13.3

Afin de permettre une comparaison des revenus, les salaires à comparer doivent se fonder sur un même marché du travail puisque les niveaux de rémunération et des coûts de la vie ne sont pas les mêmes d'un pays à l'autre et, partant, ne permettent pas de procéder à une comparaison objective des revenus en question (ATF 137 V 20 consid. 5.2.3.2; 110 V 273 consid. 4b; arrêt du TF 8C_300/2015 du 10 novembre 2015 consid. 7.1).

E. 13.4

En outre, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance (hypothétique) du droit à la rente. De surcroît, les revenus à comparer doivent être déterminés par rapport à un même moment et les 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; arrêt du TF 8C_84/2018 du 1er février 2019 consid. 6.2). Du reste, 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. 13.5.1

En l'espèce, afin de déterminer le taux d'invalidité, le Tribunal se fonde sur le marché du travail suisse où le recourant a travaillé en dernier lieu (voir aussi consid. 13.5.2 et 13.5.3). De plus, il sied de considérer que l'assuré présente depuis le 12 mars 2012 une incapacité de travail totale dans son ancienne activité de maçon au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI et que cette incapacité n'a pas subi d'interruption notable au regard de l'art. 29ter RAI lorsque

l'assuré a repris son ancienne activité en automne 2014, cette reprise ayant manifestement mis à trop lourde contribution les forces de l'assuré et, partant, n'a pas représenté une réelle capacité de travail utilisable sur le marché du travail (arrêt du TF 892/05 du 12 septembre 2006 consid. 1.4; Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3e édition 2014, art. 28, n° 34 p. 303; Michel Valterio, op. cit., art. 28, n° 15 p. 391; cf. consid. 6.2). De surcroît, l'assuré a déposé la nouvelle demande de prestations le 1er décembre 2015 (AI pce 72). Aux termes des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI cités (consid. 6.2), un éventuel droit pourrait donc naître en 2016 pour autant que l'assuré, en raison de l'aggravation de son état au 24 mai 2016 (cf. consid. 11.5) était invalide de 40% au moins conformément à l'art. 28 al. 1 let. c LAI. Partant, la comparaison des revenus est pratiquée sur la base de l'année 2016.

E. 13.5.2

En ce qui concerne le revenu sans invalidité, il convient de retenir le salaire que l'assuré aurait gagné auprès de son ancien employeur. En effet, selon l'expérience empirique, l'activité exercée avant l'atteinte à la santé aurait été poursuivie sans la survenance de celle-ci. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières, établies au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS (cf. ATF 139 V 28 consid. 3.3.2; 135 V 297 consid. 5.1; 135 V 58 consid. 3.1 et références; arrêt du TF du 23 février 2018 consid. 8.1; arrêts du TF I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3; I 774/01 du 4 septembre 2002). Or, en l'espèce, le dossier ne fait pas état de telles circonstances. Au contraire, il laisse apparaître que l'assuré aurait continué de travailler chez son ancien employeur sans la survenance de l'accident, l'assuré ayant repris son activité en automne 2014 malgré ses limitations fonctionnelles (consid. 11.4.6; notamment : AI pce 73 et 74 p. 86). Le TAF retient alors comme revenu sans invalidité le montant de 62'881 francs eu égard au salaire mensuel de 4'837 francs (x 13) communiqué par l'ancien employeur pour 2016 (cf. réponse du 15 février 2016 [AI pce 96 p. 28]).

E. 13.5.3

Le revenu d'invalide doit être déterminé sur la base des données statistiques de l'ESS, l'assuré n'ayant pas repris une activité professionnelle adaptée (cf. ATF 139 V 592 consid. 2.3; 129 V 472 consid. 4.2.1; 126 V 75 consid. 3b/aa; voir aussi consid. 15.7). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral admet que le marché du travail équilibré, déterminant au sens de la loi (cf. les art. 7 al. 1 et 16 LPGA cités; consid. 6.1 et 13.1), offre des emplois pour les personnes souffrant d'une perte fonctionnelle de la main dominante ou d'une utilisation limitée et ponctuelle de la main comme appoint ou contre-appui (« Zudienhand »). A titre d'exemple, des travaux simples de surveillance ou de contrôle dans l'industrie (cf. arrêts du TF 8C_811/2018 du 10 avril 2019 consid. 4.4.2; 8C_217/2015 du 28 août 2015 consid. 2.2.1; 9C_418/2008 du 17 septembre 2008 consid. 3.2.1 s.; arrêt du TAF C-7818/2015 du 23 octobre 2018 consid. 11.2) ou des activités comme gardien de musée ou de parking sont mentionnés (arrêt du TF 8C_31/2017 du 30 mars 2017 consid. 6.2 et références). Cela étant, le Tribunal fédéral considère que l'exploitation de ces limitations sur le marché du travail, même s'il est équilibré, est plus difficile (arrêt du TF 9C_418/2008 du 17 septembre 2008 consid. 3.3.2) et justifie, en conséquence, un abattement de 20 % à 25 % sur le revenu d'invalide déterminé sur la base des données statistiques (arrêts du TF 9C_649/2018 du 15 janvier 2019 consid. 4.4; 8C_58/2018 du 7 août 2018 consid. 5.3 et

références). L'abattement permet de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de la personne concernée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou la 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 employé-e-s ne souffrant pas d'invalidité, sur le marché ordinaire de l'emploi. La hauteur de l'abattement dépend de chaque cas d'espèce, une réduction automatique n'étant pas admissible, et ne peut dépasser 25% du salaire statistique (ATF 142 V 178 consid. 1.3; 135 V 297 consid. 5.2; 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b; 124 V 321 consid. 3b/aa; arrêt du TF 9C_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.3). En l'occurrence, conformément à la jurisprudence citée (voir notamment : arrêts du TF 8C_58/2018 du 7 août 2018 consid. 5.2.1 s.; 9C_418/2008 du 17 septembre 2008 consid. 3.2.2), le TAF tient compte de la table TA1 de l'ESS 2016 (cf. consid. 13.5.1) différenciée selon le niveau de compétences (cf. ATF 143 V 295 consid. 4.2.2) ainsi que du marché du travail entier lequel recouvre les salaires des secteurs de production et de services et contient un large éventail d'activités adaptées aux limitations de l'assuré. Selon l'ESS 2016 et le « Total », le salaire mensuel brut d'un salarié exerçant des tâches physiques ou manuelles simples (niveau de qualification 1) s'élevait en 2016 à 5'340 francs pour 40 heures/semaine, respectivement à 5'566.95 francs pour 41.7 heures/semaine usuelles (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb). Il en résulte un revenu de 66'803.40 francs par an (x 12), étant remarqué que le salaire mensuel tient déjà compte du 13ème salaire (cf. la note « Composantes du salaire » de la table TA1_tirage_skill_level). Au regard de la jurisprudence (cf. ci-dessus), il sied encore de pratiquer un abattement sur ce montant déterminé. Le TAF considère qu'en raison de la gravité de l'atteinte de la main gauche dominante de l'assuré, comparée à un status après amputation, une déduction de 25% est justifiée. Partant, le revenu d'invalidité à prendre en compte s'élève en 2016 à 50'102.55 francs.

E. 13.5.4

La comparaison des revenus fait apparaître une perte de gain de 12'778.45 francs (62'881 francs - 50'102.55 francs), correspondant à un taux d'invalidité de 20% (12'778.45 francs / 62'881 francs x 100%). Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI (consid. 6.4), ce taux ne donne pas droit à une rente d'invalidité. C'est donc à juste titre que l'OAIE a rejeté le droit à une rente par la décision querellée.

E. 14

Il sied encore d'examiner le droit du recourant à un reclassement professionnel qu'il réclame au regard du taux d'invalidité qui est désormais de 20% (TAF pce 23).

E. 15.1

Conformément à l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Aux termes de l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel, telles le reclassement professionnel.

E. 15.2

En vertu de l'art. 17 LAI, la personne assurée a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité le rend nécessaire et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée.

E. 15.2.1

Selon la jurisprudence, le reclassement professionnel se définit comme l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires, appropriées et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 139 V 399 consid. 5.4 et 5.5; 130 V 488 consid. 4.2; arrêt du TF 9C_244/2010 du 5 août 2010 consid. 3.1). Les mesures de reclassement peuvent comprendre l'accomplissement d'un apprentissage ou la fréquentation d'une école professionnelle ou d'une université mais également la rééducation dans le métier exercé avant la survenance de l'invalidité, la fréquentation de cours spécialisés ou de perfectionnement, un simple entraînement dans une nouvelle profession ou une remise à niveau des connaissances, et ils sont dès lors de nature et de durée très différentes, dépendant du cas particulier (cf. Silvia Bucher, *Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung*, 2011, ch. 693 ss pp. 339 ss; Pärli/Hug/Petrik, *Arbeit, Krankheit, Invalidität, Arbeits- und sozialversicherungsrechtliche Aspekte*, 2015, ch. 750 s. p. 317). Le reclassement doit être de nature à influencer sensiblement la capacité de gain de l'assuré ou son aptitude à accomplir ses travaux habituels, soit pour la préserver en cas d'invalidité imminente, soit pour l'améliorer de manière notable lorsque l'invalidité est déjà survenue (RCC 1992, p. 386, consid. 2b; ch. 4016 CMRP). La personne assurée n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de la réadaptation, mais non pas aux mesures qui seraient les meilleures dans son cas, la loi ne voulant garantir que la réadaptation dans la mesure où elle est nécessaire, mais aussi suffisante (ATF 139 V 399 consid. 5.4; 124 V 108 consid. 2a et les références citées; Pratique VSI 1/2000 p. 25, consid. 2a et 2b). Si les préférences de l'assuré quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 139 V 399 consid. 5.4; 130 V 388 consid. 4.2). Le reclassement n'est pas nécessaire, du point de vue de l'invalidité, si la personne assurée a été réadaptée de manière suffisante et acceptable ou s'il est possible de lui offrir, sans formation supplémentaire, un poste approprié et dont on peut attendre d'elle qu'elle l'accepte (RCC 1963, p. 127; ch. 4013 de la Circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel [CMRP] de l'Office fédéral des assurances sociales, état au 1er janvier 2020).

E. 15.3

Selon la jurisprudence constante, il faut encore que la personne subisse, en l'absence d'une mesure de reclassement professionnel, une diminution de sa capacité de gain et présente ainsi 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; voir aussi ATF 130 V 488 consid. 4.2; arrêt du TF 9C_125/2009 du 19 mars 2010 consid. 4.5; Silvia Bucher, *op. cit.*, n° 713 p. 347). Il a notamment été précisé qu'un taux de 16% était insuffisant pour ouvrir droit à un reclassement (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.*, art. 17, n° 10). Par contre, le droit à un reclassement supplémentaire n'est plus lié à la condition que le seuil minimal d'environ 20% soit toujours réalisé après l'accomplissement des mesures de reclassement déjà accordées (ATF 139 V 399 consid. 5.6). La perte de gain, voire le degré d'invalidité, est d'ailleurs calculé selon les mêmes principes que ceux appliqués pour déterminer le taux donnant droit à une rente (Pratique VSI 2000 p. 63; RCC 1984 p. 95; cf. consid. 6.3 et 13.1 ci-dessus).

E. 15.4

Aux termes de l'art. 22 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une indemnité journalière pendant l'exécution des mesures de réadaptation prévues à l'art. 8 al. 3 LAI si ces mesures l'empêchent d'exercer une activité lucrative durant trois jours consécutifs au moins, ou s'il présente, dans son activité habituelle, une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 50% au moins.

E. 15.5

Selon l'art. 10 al. 1 LAI, le droit à une réadaptation professionnelle prend naissance au plus tôt au moment où la personne assurée fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

E. 15.6.1

Enfin, l'art. 9 al. 1bis LAI précise les conditions d'assurance que la personne assurée doit remplir pour avoir droit à des mesures de réadaptation : 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.

E. 15.6.2

En conséquence, en principe, dès qu'une personne n'est plus assurée obligatoirement à l'AVS/AI suisse, en particulier parce qu'elle ne vit pas en Suisse et qu'elle 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] auquel l'art. 1b LAI renvoie), elle perd son droit aux mesures de réadaptation. L'art. 2 al. 1 LAVS concernant l'assurance facultative est réservé.

E. 15.6.3

Toutefois, l'ALCP (voir consid. 3.3) prévoit une clause de prolongation d'assurance qui maintient, à certaines conditions, l'assujettissement à l'AVS/AI suisse. Ainsi, le point 8 de la let. i du par. 1 de la section A de l'annexe II à l'ALCP (dans sa teneur en vigueur dès le 1er avril 2012 [voir consid. 3.3]; cf. aussi ATAF 2017 V 7 consid. 6.6 remarquant que cette disposition correspond à celle de l'annexe VI, Suisse, chiffre 9 de l'ancien règlement n° 1408/71) prévoit que lorsqu'une personne qui exerçait en Suisse une activité lucrative salariée ou non salariée couvrant ses besoins vitaux a dû cesser son activité suite à un accident ou une maladie et qu'elle n'est plus soumise à la législation suisse sur l'AI, elle est considérée comme couverte par cette assurance pour l'octroi de mesures de réadaptation jusqu'au paiement d'une rente d'invalidité ainsi que durant la période pendant laquelle elle bénéficie de ces mesures, à condition qu'elle n'ait pas repris une nouvelle activité hors de Suisse (voir également annexe XI, « Suisse », ch. 8 du règlement n° 883/2004). Cette norme prévoit donc une continuation d'assurance s'agissant du droit à des mesures de réadaptation de l'AI et vise à éviter que des travailleurs devenus invalides et quittant de ce fait la Suisse perdent le droit à des mesures de réadaptation en cessant d'être assurés à l'AI en raison de l'abandon de leur activité dans ce pays (ATF 132 V 244 consid. 6.3.1). Bien que cette disposition de l'ALCP ne prévoie pas de limite temporelle à la prolongation de l'assurance pour l'octroi de mesures de réadaptation, celle-ci n'est pas par essence illimitée dans le temps. Elle vise en effet à faciliter de manière transitoire - et sans lacune - le retour de la personne devenue invalide en Suisse dans le pays dans lequel elle réside, dont la législation lui sera alors applicable. Aussi, selon la jurisprudence, la couverture d'assurance prend fin, au plus tard, au moment où le cas est définitivement liquidé sous l'angle du droit de l'assurance-invalidité suisse par le versement d'une rente (et que des mesures de réadaptation ne sont pas envisagées en parallèle; ATF 132 V 244 consid. 6; 53 consid. 6.6)

ou par une réadaptation mise en oeuvre avec succès (cf. Circulaire sur la procédure pour la fixation des prestations dans l'AVS/AI/PC [CIBIL], ch. 1011). Il en va de même lorsque l'intéressé reprend une activité lucrative hors de Suisse ou qu'il bénéficie des prestations de l'assurance-chômage de son Etat de résidence, celles-ci représentant en effet un revenu de remplacement du travail (ATF 132 V 53 consid. 6.6). Dans toutes ces situations, l'intéressé est en principe soumis à la législation de l'Etat de résidence (ou du [nouvel] emploi), de sorte qu'une continuation d'assurance suisse sans limite temporelle n'a pas de raison d'être (ATF 132 V 244 consid. 6.4.1; ATAF 2017 V 7 consid. 6.1 à 6.7 et 6.8.4; arrêts du TAF C-148/2016 du 28 février 2018 consid. 5; C-3952/2015 du 16 novembre 2017 consid. 6.7; C-5291/2013 du 31 août 2016 consid. 5.1 et 5.2; C-7302/2013 du 5 mars 2015 consid. 4.2).

E. 15.7

En l'occurrence, l'assuré qui présente depuis l'aggravation de son état de sante un taux d'invalidité de 20% (consid. 11.5 et 13.5.4) remplit l'une des conditions pour avoir droit à un reclassement professionnel (consid. 15.3). Or, l'Office AI cantonal n'a pas examiné ce droit lorsque la décision attaquée du 28 juillet 2016 a été rendue. Dans cette situation, le dossier devrait en principe être renvoyé à l'OAIE pour complément d'instruction. Toutefois, ce renvoi n'est pas indiqué en l'espèce puisqu'il appert du dossier que l'assuré n'a pas droit à un reclassement, ne remplissant plus la condition d'assurance suisse y relative (consid. 15.6). En effet, les Drs T. _____ et W. _____ de la SUVA ont indiqué dans le rapport du 3 mars 2017 que l'assuré ne touchait que des allocations de l'assurance-chômage française et qu'il a envoyé 35 lettres de candidature pour répondre à des offres d'emploi de caissiers mais que sa candidature n'a jamais été retenue en raison de son handicap (TAF pce 18 annexe p. 10). Ainsi, le TAF considère que l'assuré qui est domicilié en France n'est plus assuré au sens de l'art. 1a al. 1 LAVS cité (consid. 15.6.2), n'exerçant plus une activité lucrative en Suisse et, notamment, son ancien emploi de manoeuvre-maçon ayant été résilié depuis le questionnaire pour l'employeur du 26 janvier 2016 (AI pce 84; consid. 10.4). De plus, le Tribunal retient que l'assuré a touché des prestations de l'assurance-chômage française et que dès lors, son assurance en Suisse n'a pas pu être prolongée (cf. consid. 15.6.3). Le recourant, rendu attentif à cette situation, a été invité par le Tribunal à se prononcer sur son droit à une mesure de réadaptation (ordonnance du 31 juillet 2019 du TAF [TAF pce 32]). Il n'y a pas donné suite. Le TAF n'a donc pas de raisons de douter des remarques des experts. Par ailleurs, il est précisé que le recourant, ressortissant franco-suisse habitant en France, ne peut pas adhérer à l'assurance facultative suisse conformément à l'art. 2 al. 1 LAVS selon lequel les ressortissants suisses et les ressortissants des Etats membres de l'UE ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) vivant dans un Etat non membre de l'UE ou de l'AELE qui cessent d'être soumis à l'assurance obligatoire après une période d'assurance ininterrompue d'au moins cinq ans, peuvent adhérer à l'assurance facultative.

E. 15.8

Dans cette situation, le recourant lequel n'est plus assuré à l'AVS/AI suisse n'a pas droit à un reclassement professionnel qui, de fait, ne peut pas être accordé avec effet rétroactif. Des indemnités journalières selon l'art. 22 al. 1 LAI (consid. 15.4) ne peuvent pas non plus être versées, celles-ci constituant une prestation accessoire s'ajoutant à des mesures de réadaptation déterminées. Cela signifie qu'elles ne peuvent en principe être accordées que si des mesures de réadaptation selon l'art. 8 al. 3 LAI sont appliquées et aussi longtemps qu'elles le sont (ATF 123 V 20 consid. 3a; Michel Valterio, op. cit., art. 22, n° 2 p. 332).

E. 16

Au regard de tout ce qui précède, le recours est rejeté et la décision attaquée du 28 juillet 2016 confirmée.

E. 17

Conformément à l'art. 63 al. 1 PA, les frais de procédure fixés à 800 francs sont mis à la charge du recourant qui a succombé et ils sont prélevés sur l'avance de frais du même montant versée par le recourant dans le cadre de la présente procédure (TAF pces 8, 9 et 11). En outre, il n'est pas alloué de dépens, le recourant étant débouté et l'OAIE en tant qu'autorité n'y ayant pas droit (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 7 FITAF [RS 173.320.2]).

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