

BVGer C-6352/2011 vom 8. Januar 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-01-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6352_2011

FR: TAF C-6352/2011 du 8 janvier 2013

IT: TAF C-6352/2011 del 8 gennaio 2013

Regeste

Révision de la rente

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

E. 1.2

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

E. 1.3

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

E. 1.4

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

E. 2.1

Le recourant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, entré en vigueur le 1er juin 2002 (ALCP, RS 0.142.112.681).

E. 2.2

L'annexe II de l'ALCP qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale a été modifiée au 1er avril 2012 (Décision 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012; RO 2012 2345). Toutefois, le cas d'espèce reste régi (par renvoi de l'art. 80a LAI) par la version de l'annexe II en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 (cf. RO 2002 1527, RO 2006 979 et 995, RO 2006 5851, RO 2009 2411 et 2421) et selon laquelle les parties contractantes appliquent entre elles notamment les actes communautaires suivants: le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009 4831) - s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement) - et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845).

E. 2.3

Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord - en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) - ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

E. 2.4

De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse. En effet, selon l'art. 40 par. 4 du règlement (CEE) n° 1408/71, la décision prise par l'institution d'un Etat membre au sujet de l'état d'invalidité d'un requérant ne s'impose à l'institution de tout autre Etat membre concerné, qu'à la condition que la concordance des conditions relatives à l'état d'invalidité entre les législations de ces Etats soit reconnue à l'annexe V, ce qui n'est pas le cas pour les relations entre la Suisse et chacun des autres Etats membres (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Toutefois, conformément à l'art. 40 du règlement (CEE) n° 574/72, lors de l'évaluation du degré d'invalidité, l'institution d'un Etat membre doit prendre en considération les documents et rapports médicaux ainsi que les renseignements d'ordre administratif recueillis par l'institution de tout autre Etat membre. Chaque institution conserve néanmoins la faculté de faire procéder à l'examen du requérant par un médecin de son choix.

E. 3

L'examen du droit aux prestations 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 5e révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 sont applicables et les dispositions citées ci-après sont sauf précision contraire celles en vigueur à compter du 1er janvier 2008. Les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) ne sont pas applicables. Les documents médicaux produits après la décision attaquée ne peuvent être pris en considération que dans la mesure où ils permettent une meilleure compréhension de l'état de santé de l'assuré jusqu'au jour de la décision dont est recours.

E. 4.1

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, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 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. 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).

E. 4.2

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Toutefois, 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. 28 al. 1 LAI). Depuis l'entrée en vigueur de l'ALCP, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un taux d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1er juin 2002 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

E. 5.1

Selon l'art. 17 LPGA si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Zurich 2011, n° 3054 ss, 3065). Selon une jurisprudence constante, une amélioration de la capacité de travail attestée médicalement conduit en principe, eu égard au devoir de se réadapter par soi-même, à une amélioration correspondante de la capacité de gain. Une appréciation contraire ne peut s'ensuivre qu'à titre exceptionnel, c'est-à-dire lorsque, nonobstant les conclusions médicales, il appert du dossier que l'assuré ne pourra pas surmonter par lui-même et sans l'application de mesures préalables ses empêchements compte tenu de la

longue durée du versement de la rente et des exigences du marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4). Comme l'a jugé le Tribunal fédéral, on ne saurait ainsi notamment supprimer une rente sans avoir au préalable examiné les possibilités de réadaptation dans le cas d'un assuré qui a touché cette rente durant de très nombreuses années et qui ne dispose plus de l'expérience professionnelle lui permettant de se réadapter par lui-même (arrêt du Tribunal fédéral 9C_768/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4). Il en va différemment si la durée de l'octroi de la rente a été relativement courte et si des mesures de réadaptation ne s'imposent pas au regard de l'activité exercée par l'assuré ou qu'il pourrait exercer (arrêt du Tribunal fédéral 9C_950/2009 du 25 septembre 2010 consid. 4; Valterio, op. cit., n° 3060).

E. 5.2

La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

E. 5.3

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; Valterio, op. cit., n° 3063). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3; I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3; ATF 112 V 371 consid. 2b).

E. 5.4

Le Tribunal fédéral a précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 125 V 369 consid. 2 et ATF 112 V 372 consid. 2).

E. 5.5

L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Une suppression de rente avec effet immédiat, soit à la fin du mois où l'amélioration de santé est constatée, ne peut intervenir qu'exceptionnellement en cas d'état de santé durablement stabilisé (cf. l'arrêt du Tribunal fédéral I 569/06 du 20 novembre 2006 consid. 3.3; Valterio, op. cit., n° 3085). L'art. 88bis al. 2 let. a RAI dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. La règle indique les effets temporels de la révision sur le plan du

droit à la rente (ATF 135 V 306 consid. 7.2).

E. 5.6

En cas de recours contre une décision de réduction ou suppression de rente entraînant un renvoi du dossier à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision, la nouvelle décision, dans la mesure où elle confirme la réduction ou suppression de rente initialement décidée, peut prévoir ladite réduction ou suppression de rente avec effet rétroactif au moment prévu par la décision initiale qui avait été contestée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_451/2010 du 11 novembre 2010 consid. 4.2.4).

E. 5.7

Si l'effet suspensif est retiré à un recours dirigé contre une décision de révision qui supprime ou diminue une rente ou une allocation pour impotent, ce retrait dure, en cas de renvoi de la cause à l'administration, également pendant la procédure d'instruction subséquente jusqu'à la notification de la nouvelle décision (ATF 129 V 370 consid. 4).

E. 6

Si les conditions de l'art. 17 LPGA ne sont pas réalisées, une décision ne peut être modifiée qu'en vertu des règles applicables à la révision procédurale ou à la reconsidération des décisions administratives passées en force selon l'art. 53 LPGA.

E. 6.1

En application de l'art. 53 al. 1 LPGA, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente. Conformément à l'art. 53 al. 2 LPGA, l'administration (ou l'assureur) peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose décidée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (cf. ATF 127 V 466 consid. 2c et les références; Valterio, op. cit., n° 3125 ss).

E. 6.2

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, au motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3). Par le biais de la reconsidération, une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée des faits peuvent être corrigées (arrêt du Tribunal fédéral 9C_71/2008 du 14 mars 2008). Un motif de reconsidération n'entre en ligne de compte que si la décision initiale apparaît manifestement erronée à la lumière des exigences valables à l'époque de son prononcé et non pas à l'aune de critères plus restrictifs actuels (voir l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_45/2007 du 25 septembre 2007 consid. 3.2 et l'ATF 130 V 352). Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 135 V 215 consid. 5.1.1, 129 V 200 consid. 1.2). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions de base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen approfondi des faits. Si la décision initiale paraît admissible compte tenu

de la situation antérieure de fait et de droit, il n'y a pas place pour une reconsidération; s'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts du Tribunal fédéral 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2; 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/2006 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). En d'autres termes, en présence d'un rapport fiable à la base de la décision prise, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête ou de l'examen que s'il est évident que le document en question repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93; arrêt du Tribunal fédéral 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3). Par ailleurs, il n'y a pas lieu de supprimer ou diminuer une rente par voie de reconsidération si, depuis son octroi manifestement inexact, des modifications de l'état de fait au sens de l'art. 17 LPGA justifient de retenir un taux d'invalidité suffisant pour que la prestation en cause soit maintenue (arrêt du Tribunal fédéral I 222/02 du 19 décembre 2002 consid. 5.1).

E. 6.3.1

En l'espèce, l'OAIE, respectivement l'OAI-GE, dans sa décision du 17 octobre 2011, a fondé la réduction de la rente de l'intéressé d'entière à un quart au motif de la nécessité de la reconsidération de la décision initiale du 18 mars 2002 qui avait été prise, selon l'office, de façon erronée. L'administration fit valoir qu'en l'occurrence l'avis médical sur dossier du Dr D._____ et la synthèse du stage d'observation du 4 octobre au 8 novembre 2001 ne pouvaient remettre en cause les conclusions de l'examen final effectué par le médecin d'arrondissement de la SUVA en date du 20 novembre 2000, qu'en fait l'office n'avait pas donné la suite qu'il eut convenu à la proposition des maîtres de stage de compléter l'instruction médicale avant de statuer sur l'aptitude à la réadaptation. Dans sa réponse au recours, l'OAI-GE releva par ailleurs que la décision du 18 mars 2002 avait été prématurée et prise de surcroît sur la base d'un rapport COPAI sans qu'aucun rapport médical n'ait attesté une incapacité de travail complète dans toute activité lucrative contrairement à la nécessité d'un tel rapport.

E. 6.3.2

Le Tribunal de céans relève que les pièces au dossier à la suite du stage du 4 octobre au 8 novembre 2001, dont le rapport du Dr D._____, étaient assez substantielles pour que rétroactivement il ne puisse pas être retenu que l'octroi d'une rente entière était manifestement erroné. Tant le rapport COPAI que le Dr D._____ ont indiqué que l'intéressé disposait, s'agissant de ses membres supérieurs et de son status psychique, d'une capacité de travail exploitable mais qu'à l'issue du stage COPAI celle-ci ne l'était pas en raison d'une importante instabilité des membres inférieurs. Une détérioration de l'état de santé de l'intéressé est d'ailleurs consignée au dossier à la suite de l'examen du Dr C._____ sans que des preuves contraires soient opposables. C'est donc sur une base non manifestement erronée que l'intéressé a été mis au bénéfice d'une rente entière par décision du 18 mars 2002 avec effet au 1er avril 2000. Aucun document médical au dossier ne permet par ailleurs de confirmer que l'assuré était en mesure de travailler à plein temps dans une activité adaptée au 1er janvier 2002 comme l'ont indiqué sans preuve médicale à l'appui les Drs J._____, I._____ et M._____. A cette date, faute d'autres documents, le rapport du Dr D._____ du 16 novembre 2001 était déterminant et celui du Dr C._____ n'était plus d'actualité en raison de la détérioration du status intervenu constatée par le médecin conseil du COPAI. En d'autres termes, la décision du 18 mars 2002 n'était pas manifestement erronée au moment où elle a été prise. La question de savoir si après cette

date il y eu une amélioration de l'état de santé de l'intéressé doit être examinée dans le cadre d'une procédure de révision. Il y a donc lieu de trancher le cas sous le seul angle de l'amélioration de l'état de santé depuis la décision du 18 mars 2002 en application de l'art. 17 LPGA, étant ici relevé que l'administration aurait dû, comme le Dr D. _____ l'avait indiqué dans son rapport du 16 novembre 2001, réexaminer le droit à la rente de l'assuré assez rapidement et non près de 5 ans plus tard.

E. 7.1

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique, établissant une incapacité de gain permanente ou probablement de longue durée, et non médicale (ATF 127 V 294 consid. 4b/bb). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. 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 (art. 16 LPGA). La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés.

E. 7.2

Bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins 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 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral I 599/2004 du 28 juillet 2005 consid. 1.2).

E. 8.1

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. 8.2

Le tribunal des assurances doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.).

E. 8.3

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'écarte 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. 8.4

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

l'assurance-invalidité, sont donc indépendantes (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3; Valterio, op. cit., n° 2053 s.). Cette indépendance des décisions n'implique toutefois pas que des expertises ordonnées par une assurance ne puissent pas être utilisées par l'autre assurance s'il appert que les constatations des status médicaux et capacités de travail ont été effectuées de façon globale et que, notamment, la question de la causalité adéquate entre l'accident couvert et les atteintes à la santé - qui est propre à l'assurance-accidents (cf. Alfred Maurer / Gustavo Scartazzini / Marc Hürzeler, *Bundessozialversicherungsrecht*, 3ème éd. Bâle 2009, § 10 n° 39 ss) - n'a pas limité le champ d'investigation de l'expertise.

E. 9.1

Le litige porte sur la question de savoir si l'OAIE était fondé, par sa décision du 17 octobre 2011, à réduire à un quart de rente, à partir du 1er novembre 2009, la rente entière d'invalidité dont bénéficiait le recourant depuis le 1er avril 2000.

E. 9.2

Lors de l'octroi de la rente entière par décision du 18 mars 2002, l'OAI-GE a principalement pris en compte le rapport COPAI du 28 novembre 2001, suite à un stage du 8 octobre au 4 novembre 2001. Dans celui-ci, A._____ fut jugé non réadaptable dans le circuit économique normal. Le Dr D._____ indiqua le 16 novembre 2001 que l'intéressé avait été opéré d'une hernie discale L3 L4 avec des résultats relativement satisfaisants au départ, mais qu'étaient apparues une recrudescence des douleurs lombaires, une répartition d'un syndrome lombaire important et surtout des cruralgies et des crampes de la cuisse droite très invalidantes, aucune position statique n'étant possible à long terme et toute activité en position debout ou tout déplacement étant difficile avec une instabilité importante. Le Dr D._____ mit en exergue une situation n'étant cliniquement pas stabilisée et incompatible avec une activité professionnelle suivie, même à temps partiel. Le rapport d'observation professionnelle du 22 novembre 2001 releva de bonnes capacités d'apprentissage et d'intégration, que les capacités physiques des membres supérieurs de l'intéressé étaient compatibles avec un emploi dans le circuit économique normal mais que celles-ci ne pouvaient être exploitées en raison de l'état instable de ses jambes et des positions assise debout mal tenues. Ce rapport s'écarte de celui du Dr C._____ du 20 novembre 2000, d'une année antérieure, mais qui ne peut être considéré dans ce dossier que comme plus d'actualité en novembre 2001. Le Dr C._____ avait alors notamment indiqué une marche effectuée avec une légère boiterie au dépens du membre inférieur droit, une charge et un déroulement du pas bien effectués, une marche sur la pointe des pieds difficile à droite entraînant des douleurs dans la fesse et dans la cuisse, un bon accroupissement et agenouillement, une colonne droite avec légère bascule des épaules à gauche, une fine cicatrice souple au niveau lombaire bas d'un abord chirurgical pour la cure de hernie discale, un rotulien absent à droite, présent à gauche, une mobilisation de la hanche droite déclarée accompagnée de vives douleurs, soit un status à considérer comme stabilisé dans le cadre de la persistance d'un syndrome algique au membre inférieur droit avec irritation radiculaire. Il avait conclu à une capacité de travail à plein temps dans une activité adaptée avec des pauses de 5 minutes par heure permettant de soulager le dos et la jambe droite. Ce status fonda un taux d'invalidité selon l'assureur SUVA de 40% par décision du 7 novembre 2001, qui n'a pas été contestée par l'assuré. Les pièces au dossier ne permettent pas d'écarter le rapport médical du Dr D._____ et celui-ci doit dès lors être retenu comme déterminant en novembre 2001 fondant la décision du 18 mars 2002.

E. 9.3.1

Dans le cadre de la révision ayant abouti à la décision du 17 octobre 2011, il sied de prendre en compte les expertises des Drs I. _____ du 29 novembre 2005, L. _____ du 24 novembre 2009 et M. _____ du 30 mars 2011. Les rapports médicaux d'autres médecins évoqués supra dans les faits confirment les prises de position des médecins précités sans apporter d'éléments décisifs. Sur le plan psychique il n'est pas retenu d'atteintes à la santé dans l'une ou l'autre expertise de sorte que l'appréciation ne porte que sur le status somatique.

E. 9.3.2

Dans son rapport du 29 novembre 2005 le Dr I. _____ releva les plaintes de douleurs au niveau du membre inférieur droit exacerbées par les positions prolongées assise, debout, couchée et lors de la marche, une marche à l'aide d'une canne avec boiterie manifeste mais sans trouble de l'équilibre, une mobilité du rachis lombaire au 2/3 de l'amplitude D-G. Il posa le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombocuralgies droites sur status après cure chirurgicale d'une hernie discale L3-L4 associées à des troubles dégénératifs et, sans répercussion sur la capacité de travail, d'exagération des symptômes. Il nota que l'intervention chirurgicale n'avait pas amené d'amélioration significative sur le plan algique et qu'il était extrêmement difficile d'évaluer le status par rapport à un probable déficit radiculaire L3 séquellaire avec abolition du réflexe rotulien associé à une hypoesthésie subjective et une véritable atteinte moteur. Il indiqua adhérer sur la base de l'examen clinique aux conclusions de la SUVA, relevant les limitations d'absence de port de charge supérieure à 10kg, d'absence de position statique assise au-delà de 30 min., debout au-delà de 15 min., de la possibilité de varier les positions 2 x par heure, d'absence de position en antéflexion ou en torsion du rachis, d'absence de position en genuflexion ou accroupi. Il retint une incapacité de travail totale sur une période de 12-18 mois après l'accident du 22 avril 1999 et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles depuis le 1er janvier 2002. Comme on l'a vu (cf. consid. 6.3.2 et 9.2) la date du 1er janvier 2002 ne peut être retenue. Celle-ci n'est toutefois pas déterminante car la question est celle du bien fondé de la diminution de la rente au 1er novembre 2009.

E. 9.3.3

Dans son rapport du 24 novembre 2009 le Dr L. _____ nota les plaintes de lombalgies quotidiennes après être resté 10 min. assis et de douleurs permanentes au milieu du dos, d'irradiation au membre inférieur droit jusqu'au genou, de faiblesse et déroboement de la jambe droite, l'utilisation d'une canne dans un but sécuritaire depuis 2004. Il retint le diagnostic de status après opération de hernie discale L3/L4 à droite en 1999, avec fibrose cicatricielle relativement importante dans la région opérée, de faiblesse du quadriceps droit, de périarthrite de la hanche droite typique selon le radiologue. Il souligna que la fibrose cicatricielle pouvait être douloureuse pendant très longtemps et que les douleurs afférentes pouvaient être extrêmement difficiles à maîtriser. Il indiqua que ladite fibrose ne devait pas être négligée dans l'évaluation de l'état du patient et expliquait les douleurs en barre dans la région lombaire inférieure et une partie des douleurs ressenties de façon chronique. Il émit un pronostic réservé relativement à la fibrose cicatricielle notant qu'il était presque impossible d'en juguler les douleurs. Il indiqua de plus qu'une actuelle périarthrite de la hanche droite n'avait pas été diagnostiquée en novembre 2005. Au final il retint une incapacité de travail totale dans la dernière activité, une capacité de travail résiduelle

dépendant de la disparition des douleurs dues à la périarthrite de la hanche et une incapacité de travail dans les travaux ménagers de type léger d'environ 40%. S'agissant de la capacité de travail résiduelle il énonça les limitations suivantes: position debout prolongée non possible, position assise prolongée non favorable devant être évitée, port de charges de plus de 5kg devant être évité, montée et descente d'escaliers, accroissement [recte: accroupissement], agenouillement et efforts particuliers devant être évités. Dans ce rapport le Dr L. _____ mit en exergue une fibrose cicatricielle relativement importante pouvant être la cause des douleurs de l'intéressé et une périarthrite non diagnostiquée dans le rapport du Dr I. _____. Son évaluation de la capacité de travail résiduelle est particulièrement abstraite sans précision temporelle, s'inscrivant dans celle du Dr I. _____ sous réserve d'une limitation de port de poids de 5kg (au lieu de 10kg) et d'affranchissement de douleurs. La fibrose cicatricielle et la périarthrite évoquées par le Dr L. _____, atteintes nouvelles associées à un status éventuellement non stabilisé, motivèrent un complément d'instruction requis par la Dresse K. _____. De ce fait la décision du 1er septembre 2009 fut annulée par la Tribunal de céans sur proposition de l'administration non pas parce que celle-ci était en inadéquation avec l'expertise médicale du Dr I. _____ mais parce que le Dr L. _____ avait évoqué dans un rapport d'expertise détaillé un status non stabilisé et que celui-ci se devait d'être investigué.

E. 9.3.4

Dans son rapport du 30 mars 2011, le Dr M. _____ relata un bon status général à l'anamnèse systématique, un suivi médical actuel mensuel depuis quelques mois précédé d'un suivi semestriel par son médecin traitant, nota selon les indications de l'assuré des douleurs diurnes et nocturnes insomniantes lombaires inférieures constantes se prolongeant à la musculature fessière, à la périhanche droite jusqu'au genou, la possibilité du maintien d'une position assise multipositionnelle antalgique préservant la fesse droite durant 3 heures, un temps de marche limité à 20 min. avec l'appui d'une canne anglaise en raison de faiblesse et dérochement de la jambe droite et risque de chute, releva une boiterie avec décharge quasi complète de la jambe droite, l'utilisation dépendante d'une canne même pour quelques pas, nota un entretien de plus d'une heure en position assise avec appuis des membres supérieurs sur les accoudoirs, pas d'amyotrophie de la jambe et du fessier à droite, un trouble statique du rachis lié à l'appui unipodal gauche, pas de particularité des membres supérieurs, des douleurs intenses à la rotation de la jambe droite, posant les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de l'assuré de lombocrualgies droites déficitaires chroniques, troubles disco-dégénératifs du rachis lombaire, périarthropathie de la hanche droite, status après cure de hernie discale L3-L4 le 28 mai 1999. Il indiqua que force était de constater que les plaintes de l'assuré comme l'examen clinique étaient quasiment superposables à ceux de l'entrée de l'assuré à la Clinique romande de réhabilitation en 1999, exceptée une amélioration de la distance doigts-sol et des mouvements tronculaires. Il nota un examen clinique actuel superposable à celui du Dr I. _____ en 2005 tant du point de vue ostéoarticulaire que neurologique, confirmant une périarthrite de la hanche droite non diagnostiquée en 2005 mais de type atypique ne permettant pas d'expliquer la globalité des symptômes entraînant tout au plus une certaine diminution de rendement. Il indiqua un status quasi similaire à celui décrit par le Dr L. _____ sous réserve d'une distance doigts-sol améliorée passant de 40cm à 15cm. Il retint une incapacité de travail totale dans l'activité professionnelle de monteur en chauffage et une capacité de travail de 80% (pour cause de certaines lenteurs et de pauses nécessaires) dès le 1er janvier 2002 dans une activité adaptée excluant le port de charges au-delà de 10kg, les mouvements répétitifs du

rachis en porte-à-faux, permettant l'alternance de positions debout / assis, excluant la position statique au-delà de 30 min. et les travaux accroupis.

E. 9.3.5

Il appert de l'expertise du Dr M. _____ une capacité de travail dans une activité adaptée à plein temps avec un rendement au moins de 80%, ce dans une activité légère permettant de changer régulièrement de position, de type sédentaire, sans port de charge de plus de 10kg. Cette activité est exigible malgré des douleurs pouvant être présentes sur la durée et la nécessité d'une canne pour les déplacements à effectuer non dans le cadre du travail mais principalement pour se rendre au travail. Il sied ici de relever que l'usage d'une ou de deux cannes n'est pas un critère motivant de ne pas reconnaître à la personne en faisant usage une capacité de travail tirant principalement parti des membres supérieurs. Par ailleurs, le Tribunal de céans relève de la documentation médicale des indices de non adéquation entre les plaintes énoncées et les constatations médicales, en particulier tous les médecins ont constaté que l'intéressé ne présentait pas d'amyotrophie de la jambe droite et du fessier droit non en relation avec le port modal assis debout de l'assuré préservant l'axe inférieur droit. Si les conclusions du Dr L. _____ ne sont pas semblables à celles des Drs I. _____ et M. _____, le Tribunal de céans relève qu'elles s'en rapprochent dans une large mesure et tentent d'exprimer plutôt qu'elles n'expriment des réserves à la capacité de travail résiduelle de l'assuré en mettant en avant la cause de douleurs passées et présentes. Or il ne ressort pas des constatations des médecins un status algique constant invalidant mais bien l'énoncé de plaintes de douleurs. Le suivi médical de l'assuré n'est d'ailleurs pas important et n'a par ailleurs pas été augmenté en raison de la fibrose cicatricielle et de la périarthrite de la hanche révélées par le Dr L. _____ qui a dans son rapport donné à ces atteintes à la santé une place importante pourtant non documentée par un suivi médical. Il sied d'admettre une certaine détérioration du status de l'intéressé entre les expertises des Drs I. _____ et M. _____ au niveau de l'équilibre orthostatique et des douleurs annoncées, ce qui a motivé le Dr M. _____ de retenir une capacité de travail résiduelle un peu moindre que celle du Dr I. _____, mais il a lieu de relever que les membres supérieurs de l'intéressé ne présentent pas de limitation et que sa capacité de travail résiduelle se situe à ce niveau de sorte qu'une activité sédentaire en position assis / debout avec changement fréquent de position doit être confirmée au moment de la réduction de la rente. En tout cas au 1er novembre 2009, l'amélioration existait depuis plus de 3 mois (cf. art. 88a RAI). L'intéressé n'a en effet pas connu depuis novembre 2009 de détérioration de son état de santé conséquente avec un suivi médical conséquent. Il s'ensuit de ce qui précède que le Tribunal de céans peut retenir une capacité de travail complète dans une activité légère adaptée avec les limitations décrites par les Drs I. _____ et M. _____ tant au 1er novembre 2009 qu'au 17 octobre 2011 avec un rendement de 80%.

E. 9.4

Dans son recours l'intéressé fit valoir que le Dr M. _____, rhumatologue, n'était pas spécialisé en orthopédie et qu'il y avait dès lors lieu de mettre en oeuvre une nouvelle expertise confiée à un spécialiste en orthopédie. Or il appert du dossier que l'intéressé souffre principalement de pathologies et douleurs mécaniques du ressort d'un rhumatologue. L'intéressé fit également valoir dans son recours que l'OAIE ne pouvait se fonder sur les conclusions d'un rapport d'expertise d'un médecin mandaté par un assureur accident car les critères d'appréciation de l'invalidité selon l'assureur accident différaient de ceux de l'assurance-invalidité. Comme il l'a été exposé au considérant 8.4 une expertise

médicale pour un assureur accident peut fonder une appréciation à la base d'une décision de l'assurance-invalidité dans la mesure où l'expertise effectuée ne l'a pas été sous l'angle des seuls critères de l'assurance-accident. Toutefois, en l'espèce, le Tribunal de céans fondant son appréciation sous l'angle de la révision depuis la décision de l'OAIE du 18 mars 2002, le grief n'est plus pertinent. Enfin, le recourant releva qu'il ne pouvait plus travailler comme cela ressortait d'un document de la sécurité sociale française, en l'occurrence le rapport E 213 de février 2011. Il sied ici de relever que ce document constate un status médico-social ne liant pas l'administration (cf. supra consid. 2.4) et n'a pas la teneur d'un rapport médical établi sur une anamnèse.

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. 10.2.1

Le gain d'invalide est une donnée théorique, même s'il est évalué sur la base de statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Les données de l'ESS relatives aux années déterminantes 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).

E. 10.2.2

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 de l'ESS.

E. 10.3.1

En l'espèce il y a lieu de procéder à une évaluation de l'invalidité selon la méthode générale par une comparaison de revenus sur la base de l'ESS 2008 indexée 2009 vu la capacité de travail résiduelle d'un plein temps avec rendement de 80% retenue au 1er novembre 2009 par la décision dont est recours. En effet, selon la jurisprudence, les salaires avant et après invalidité doivent être pris en compte indexés jusqu'à la date de la survenance du droit théorique éventuel à la rente suite au délai d'attente d'une année (ATF 128 V 174 et 129 V 222) ou, cas échéant, à la date retenue ensuite d'une révision.

E. 10.3.2

Le dernier salaire annuel de l'assuré de 72'605.- francs en 2001 (base 1939: 2011 pts) actualisé 2009 (base 1939: 2266 pts) se monte à 81'811.50.- francs selon l'évolution des

salaires nominaux selon l'ESS. Dans ses écritures le recourant met en doute le bien-fondé du revenu pris en compte comme revenu sans invalidité et se réfère à ce titre à la décision de rente du 17 février 2003 ayant pris en compte un revenu de 93'684.- francs (cf. supra H). Le Tribunal de céans précise s'agissant de ce grief que le revenu précité résulte de la moyenne de l'ensemble des revenus de l'assuré sur sa durée de cotisations précédant le risque assuré majoré du coefficient de revalorisation (cf. à ce sujet l'art. 36 al. 2 LAI et par ex. l'arrêt du Tribunal de céans C-8752/2010 du 16 juin 2011) et que ce montant permet de déterminer le montant de la rente allouée selon l'échelle de rente applicable et non de calculer le degré d'invalidité par comparaison avec le revenu théorique après invalidité.

E. 10.4.1

Le salaire après invalidité doit être fixé sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur les salaires 2008 (table TA1) indexé 2009. En l'occurrence les activités de substitution possibles s'inscrivent dans la détermination du revenu médian toutes branches confondues des hommes dans le secteur privé pour des activités simples et répétitives (niveau 4) à 100%, soit en 2008 Fr. 4'806.- pour 40 h./sem. et Fr. 4'998.24 pour 41.6 h./sem., sous déduction de 25% pour tenir compte de l'âge de l'assuré et de ses restrictions personnelles aux activités légères sédentaires, soit Fr. 3'748.68.- valeur 2008 (base 1939: 2219 pts). Indexé 2009 (base 1939: 2266 pts) ce montant s'élève à 3'828.07.- francs par mois et à 45'936.84 par année. De nombreuses activités d'entre elles peuvent être exercées en position assise et debout autorisant le changement fréquent de position et sans port de charges de quelque 5-10kg, de sorte que ces activités étaient adaptées en novembre 2009 et ultérieurement au handicap du recourant. De plus, la majeure partie de ces postes ne nécessite pas de formation particulière autre qu'une mise au courant initiale.

E. 10.4.2

Le salaire de 45'936.84 francs correspond à une activité exercée à 100%. Or, le Tribunal de céans a retenu dans le consid. 9.3.5, en se basant sur l'expertise du Dr M._____, qu'une telle activité n'est exigible qu'à 80% depuis au plus tard 2009. Dans sa décision du 17 octobre 2011, l'autorité inférieure s'est fondée à tort sur le fait que la décision du 18 mars 2002 devait être reconsidérée et que, à cette époque, une activité de substitution était encore exigible à 100%. Elle a donc effectué la comparaison des revenus le 8 juin 2011 (pce 113) en se basant sur cette hypothèse. Toutefois, comme indiqué ci-dessus dans le consid. 6.3.2, l'examen du cas d'espèce doit se faire dans le cadre de la procédure de révision qui a mis en évidence une capacité de travail résiduelle de 80% au plus tard depuis 2009. Il en découle un revenu d'invalidé de 36'749.47 francs (80% de 45'936.84 francs).

E. 10.5

En comparant le salaire avant invalidité de 81'811.50 francs avec celui après invalidité de 36'749.47 francs, on obtient une perte de gain de 55.08% arrondie à 55% ($[81'811.50 - 36'749.47] : 81'811.50 \times 100$). Même indexés valeurs 2011, année de la décision attaquée, les revenus à comparer ne permettent pas d'atteindre un taux d'invalidité égal ou supérieur à 60%. Ce taux ouvre le droit à une demi-rente dès le 1er novembre 2009 (cf. consid. 5.6).

E. 11.1

Dans le cadre de cet examen, il convient de relever que selon la jurisprudence un statut d'invalidé de plus de 15 ans ou un âge de 55 ans et plus nécessite en principe de valider la capacité de travail résiduelle nouvellement déterminée sur le plan médico-théorique car le fait qu'un assuré puisse présenter dans les conditions décrites d'âge et de rente un important

déconditionnement au travail doit être pris en compte et ne peut simplement être ignoré. Sa prise en compte doit cependant relever d'un état pathologique et non uniquement réactionnel à l'idée de devoir réintégrer le marché du travail (cf. les arrêts du Tribunal fédéral 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.2.2, 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.2.2.2. et 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2). Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, il appartient en principe à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour tirer profit de l'amélioration de sa capacité de travail médicalement documentée (réadaptation par soi-même; cf. Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2ème éd. 2010, p. 383); autrement dit une amélioration de la capacité de travail médicalement documentée permet, nonobstant une durée prolongée de la période durant laquelle la rente a été allouée, d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, de procéder à une nouvelle comparaison de revenus (arrêt du Tribunal fédéral 9C_254/2011 consid. 7.1.2.1), à moins justement d'un déconditionnement pathologique grave, ce qui en l'espèce n'est justement pas démontré.

E. 11.2

Dans ses écritures le recourant a proposé l'audition de témoins, à savoir sa compagne, son médecin traitant le Dr E._____ et le Dr L._____. Le recourant n'indique pas le bien-fondé de l'audition du premier témoin, quant aux médecins dont l'audition est proposée, il s'avère que leurs rapports au dossier sont complets, le recourant n'ayant d'ailleurs pas indiqué en quoi leur audition s'avérerait nécessaire. Il sied ici de relever que le droit d'être entendu ne comporte pas le droit à une audition orale, ni d'obtenir l'audition de témoins sauf disposition légale ou situation tout-à-fait particulière. En effet, l'autorité peut mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier son opinion (cf. ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les réf. citées; Pierre Moor / Etienne Poltier, Droit administratif, vol. II, 3ème éd., Berne 2011, p. 319; Thierry Tanquerel, Droit administratif, Zurich 2011, n° 1537).

E. 11.3

Il appert de ce qui précède que le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente à partir du 1er novembre 2009.

E. 12.1

Le recourant obtient partiellement gain de cause dans la mesure où il a droit à une demi-rente au lieu d'un quart de rente. Des frais de procédure réduits, de 200 francs, sont donc mis à sa charge (art. 63 al. 1 PA, ATF 132 V 215 consid. 6.2). Ayant payé une avance de frais de 400 francs, le solde de 200 francs lui sera restitué par la caisse du Tribunal dès l'entrée en force du présent arrêt.

E. 12.2

En vertu de l'art. 64 PA, applicable en l'espèce au sens de l'art. 53 al. 2 LTAF et de l'art. 7 règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2], la partie ayant obtenu entièrement ou partiellement gain de cause a droit à une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les honoraires du représentant sont fixés,

selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer. Au vu de ce qui précède, il convient d'accorder au recourant des dépens réduits (art. 64 al. 1 PA, en relation avec l'art. 7 al. 2 FITAF). Le recourant ayant été représenté par un mandataire professionnel, le Tribunal estime, au regard des art. 8 ss FITAF, que le versement de 1'500 francs hors TVA (cf. art. 1 al. 2 en relation avec les art. 8 et 18 al. 1 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20]) à titre d'indemnité globale pour les frais nécessaires causés par le litige apparaît équitable.

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