

# **BVGer C-7310/2015 vom 22. September 2017**

Bundesverwaltungsgericht, 2017-09-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-7310\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7310_2015)

FR: TAF C-7310/2015 du 22 septembre 2017

IT: TAF C-7310/2015 del 22 settembre 2017

## **Regeste**

Droit à la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

En vertu des art. 31 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le Tribunal de céans connaît des recours contre les décisions de l'OAIE. Les exceptions prévues à l'art. 32 LTAF ne sont pas réalisées en l'espèce.

### **E. 1.2**

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

### **E. 1.3**

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

### **E. 1.4**

En outre, le recours a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (cf. art. 60 LPGA et art. 52 PA) et le recourant s'est dûment acquitté de l'avance de frais de la présente procédure présumés (cf. art. 63 al. 4 PA). Dès lors, le recours est recevable et le Tribunal entre en matière sur le fond.

## **E. 2**

Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par le recourant (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor/Etienne Poltier, *Droit administratif*, Vol. II, Les actes administratifs, 3e édition 2011, p. 300 s.; Jérôme Candrian, *Introduction à la procédure administrative fédérale*, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c; Moser/Beusch/Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2ème édition 2013, p. 25 n. 1.55).

### **E. 3.1**

S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel sont généralement déterminantes les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (à titre d'exemple : ATF 139 V 297 consid. 2.1). En l'espèce, la suppression de la rente d'invalidité du recourant ayant été prononcée par décision du 23 septembre 2015, les dispositions légales en vigueur jusqu'à cette date sont applicables dont notamment les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet) en force depuis le 1er janvier 2012 (modification du 18 mars 2011 [RO 2011 5659, FF 2010 1647]). Du reste, la date de la décision querellée marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen du Tribunal (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 131 V 407 consid. 2.1.2.1, 129 V 4 consid. 1.2 et 121 V 366 consid. 1b).

### **E. 3.2**

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant français a été assuré en Suisse en y ayant travaillé comme frontalier (cf. extrait du compte individuel du 25 janvier 2010 [AI pce 41 pp.44 ss] et décisions des 19 avril 2000 et 19 novembre 2001 [AI pces 2 et 7]) et vit toujours en France. La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), entrée en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1er juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1, 128 V 317 consid. 1b/aa). Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1er avril 2012 (cf. la décision n°1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) sont également déterminants le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) ainsi que le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_455/2011 du 4 mai 2012; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3.2 et C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1). Cela étant, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi des prestations de l'assurance invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004; ATF 130 V 257 consid. 2.4; à titre d'exemple : arrêts du Tribunal fédéral 8C\_329/2015 du 5 juin 2015, 9C\_54/2012 du 2 avril 2012). Du reste, conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

### **E. 4**

L'objet du recours est le bien-fondé de la décision du 23 septembre 2015. Il s'agit donc d'examiner si l'OAIE a de bon droit confirmé la suppression de la rente d'invalidité avec effet au 1er novembre 2011 au motif que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré et lui permet d'exercer une activité adaptée avec un rendement diminué de 20% (cf. consid. 5 à 13 ci-dessous). Il se pose également la question de savoir si le recourant a droit à des mesures de reconversion professionnelle ; l'OAIE soutient que les conditions d'assurance requises ne sont pas remplies (cf. consid. 14 ci-dessous).

### **E. 5.1**

En principe, en vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable.

### **E. 5.2**

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). 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 (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et références citées cit., ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 287 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, Droit des assurances sociales - Jurisprudence [SVR] 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3).

### **E. 5.3**

Un motif de révision au sens de la loi doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et références citées). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf Ruedi, *Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen*, in *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, 1999, p. 15).

### **E. 5.4**

Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. C'est donc la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, qui constitue le point de départ pour examiner si le degré d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 130 V 343 consid. 3.5.2, 130 V 71 consid. 3.2.3 et références).

### **E. 5.5**

Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où 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.

### **E. 5.6**

A la teneur de l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend en principe effet au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

### **E. 6**

L'invalidité au sens l'art. 4 al. 1 LAI et de l'art. 8 LPGA 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. 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. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Le terme de l'incapacité de gain implique que la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (cf. ATF 127 V 294 consid. 4b/bb, 116 V 246 consid. 1b), seules les pertes économiques liés à une atteinte à la santé étant couverts par l'assurance-invalidité. 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 ont peut encore raisonnablement exiger de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2, 131 V 49 consid. 1.2, 130 V 396 consid. 6.3; arrêt du TF 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

### **E. 7.1**

L'art. 69 al. 2 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. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

### **E. 7.2**

Le Tribunal de céans, qui établit les preuves d'office et les apprécie librement (cf. consid. 2 ci-dessus), 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a).

### **E. 7.3**

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

#### **E. 7.3.1**

Avant de conférer pleine valeur probante à une expertise médicale, le Tribunal 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 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3, 122 V 157 consid. 1c et références). Bien entendu, le médecin consulté doit disposer de la qualification médicale déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1059/2009 du 4 août

2010 consid. 1.2). 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. Un nouveau diagnostic, se basant principalement sur une dénomination différente d'un état de fait resté pour l'essentiel inchangé, ne serait fonder un motif de révision. Plus le pouvoir d'appréciation médical est grand quant au diagnostic et aux limitations fonctionnelles, plus il est important de motiver une modification du problème de santé constatée par des attestations cliniques solides, des observations de comportement et des données anamnestiques et de mettre ces éléments en relation avec les données du dossier médical à la base de la décision initiale. La discussion de la genèse du problème de santé et des facteurs alimentant la maladie peut revêtir une importance particulière lorsqu'il s'agit de prouver la modification d'un état de santé psychiatrique dont le diagnostic est souvent soumis à un large pouvoir d'appréciation (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4).

### **E. 7.3.2**

Le Tribunal ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné grâce à ses connaissances spéciales. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; aussi arrêt du Tribunal fédéral I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un avis médical divergent ait été produit par la personne assurée - même émanant d'un spécialiste - ne suffit cependant 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. 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 (ATF 139 V 176 consid. 5.3, 135 V 39 consid. 6.1, 121 V 47 consid. 2a et 208 consid. 6b et références). Le cas échéant, le Tribunal - et avant lui l'administration - peut renoncer à l'administration d'une preuve s'il acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 130 III 425 consid. 2.1, 125 I 127 consid. 6c/cc in fine; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_548/2015 du 10 mars 2016 consid. 4.2, 9C\_702/2013 du 16 décembre 2013 consid. 3.2; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3ème édition 2015, art. 42 n° 30 p. 561).

### **E. 8**

Le TAF avait constaté dans son arrêt du 20 février 2014 (affaire C-5894/2011) qu'il sied en l'espèce d'examiner si le degré d'invalidité du recourant a subi une modification déterminante en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 2 juin 2006, au moment la communication du maintien du droit à la rente d'invalidité entière - en effet cet acte se

basait sur une documentation médicale fouillée (consid. 8.2 de l'arrêt du TAF [AI pce 92]) - et ceux qui ont existé le 23 septembre 2015, au moment de la décision querellée (cf. consid. 5.4 ci-dessus) qui du reste marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen du TAF (cf. consid. 3.1 ci-dessus).

### **E. 9.1**

Le 2 juin 2006, l'OAIE se basait d'une part sur le rapport du 31 août 2005 du Dr C. \_\_\_\_\_ (AI pce 17 pp. 12 ss, resp. AI pce 41 pp. 279 ss pour la traduction en français). Le médecin d'arrondissement de la SUVA a indiqué qu'au poignet droit il a observé des douleurs radiales, sans restriction des mouvements, dont l'origine ne lui apparaissait pas très claire. S'agissant de la cheville gauche, il a noté qu'un nerf cutané était très probablement irrité au niveau de l'articulation supérieure de la cheville nécessitant éventuellement une chirurgie plastique mais que sinon la situation était stable et qu'au niveau du pied arrière gauche rien ne pouvait être relevé. Au niveau du genou droit, le Dr C. \_\_\_\_\_ a remarqué que la situation n'était pas satisfaisante et qu'en comparaison avec la situation préopératoire elle avait considérablement empiré - le TAF rappelle que l'assuré a subi le 19 mai 2005 un recentrage rotulien du genou droit avec transfert de tubérosité tibiale et réalignement par capsulomyorrhaphie (AI pce 41 p. 299) et qu'auparavant, les 26 juillet 2001, 22 avril 2002 et 1er avril 2004 des arthroscopies (AI pce 17 pp. 19 ss, 38 et 46). Le médecin de la SUVA a alors estimé que l'assuré ne pouvait travailler que 2-3 heures en position assise, alternant l'exécution de tâches induisant un stress quelque peu variable.

### **E. 9.2**

L'OAIE se fondait en 2006 également sur les rapports de l'hôpital cantonal, soit sur le rapport principal du 15 février 2006, signé des Drs N. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_ (AI pce 17 pp. 1 à 4 resp. AI pce 98 pp. 148 à 150 pour la traduction en français), ainsi que sur le rapport du consilium neurologique du 24 novembre 2005 établi par le Dr T. \_\_\_\_\_ (AI pce 17 pp. 6 et 7, resp. AI pce 98 pp. 151 et 152 pour la traduction en français) et le rapport de la consultation psychiatrique du 24 novembre 2005 des Drs U. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ (AI pce 17 p. 8 ss, resp. AI pce 98 pp. 159 à 161 pour la traduction en français). Les médecins de l'hôpital cantonal ont posé les diagnostics de (1) Genou droit : vis douloureuses à la pression en présence d'un status après opération de transposition de la tubérosité tibiale en mai 2005, (2) Hypoesthésie non spécifique dans la région distale externe du genou droit (non liée au dermatome, conséquence de la cicatrisation locale), (3) Neuropathie irritative du nerf cutané dorsal latéral du nerf sural, terminaison cutanée sensible dans la région de la cicatrice de l'opération en direction distale de la malléole externe gauche, (4) Status après deux opérations dans la région de la cheville gauche avec ligamentoplastie, (5) Légère instabilité de l'articulation médio-carpienne droite sans lésion du ligament scapho-lunaire, (6) Dysthymie et (7) Personnalité accentuée avec traits narcissiques prédominants (AI pce 17 p. 1 resp. AI pce 98 p. 148). Les Drs N. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_ ont remarqué que la mobilité du poignet droit était pratiquement normale, le craquement s'expliquait par une légère instabilité médio-carpienne. Ils ont déconseillé une révision chirurgicale pour stabiliser le poignet mais ont préconisé un traitement ergothérapeutique. Concernant la cheville gauche, ils n'ont pas observé d'amélioration massive après infiltration locale mais ont déconseillé une reprise chirurgicale et préféré une procédure conservatrice avec thérapie de désensibilisation de la branche cutanée concernée. Seulement en cas de résistance au traitement, une révision chirurgicale pouvait selon eux être envisagée. Concernant la problématique au genou droit ils ont recommandé le retrait des vis pour os spongieux (AI

pce 17 pp. 3 s. resp. AI pce 98 pp. 150). Sur le volet psychiatrique, les Drs U. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ ont expliqué que la dysthymie observée ne justifiait pas une incapacité de travail mais qu'il était possible que la structure de pensée et de vie réduite et étroite induisait une certaine limitation de la capacité de travail de l'assuré et rendait une reprise de travail difficile (AI pce 17 pp. 10 s. resp. AI pce 98 pp. 160 s.).

### **E. 9.3**

Le TAF remarque que la communication du maintien de la rente du 2 juin 2006, reposant sur une documentation médicale fouillée (cf. arrêt du TAF cité; consid. 8 ci-dessus), n'est pas à reconsidérer au sens de l'art. 53 LPGA selon lequel l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Les divers médecins et spécialistes de l'OAIE l'ont souligné à juste titre dans leur rapport du 1er mai 2015 (AI pce 126).

### **E. 10**

Dans sa décision attaquée du 23 septembre 2015, l'OAIE fait valoir que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré.

#### **E. 10.1**

Dans un premier temps, l'OAIE disposait notamment des documents médicaux suivants (cf. aussi arrêt du TAF C-5894/2011 consid. 8.3 à 8.37 [AI pce 92]) : - le compte rendu opératoire du 3 août 2006 du Dr B. \_\_\_\_\_ qui a retiré le matériel d'ostéosynthèse au genou droit (AI pce 41 p. 210), - les comptes rendus opératoires des 29 janvier et 2 avril 2007 du Dr B. \_\_\_\_\_ qui a procédé à l'ablation de calcifications intratendineuses au genou droit (AI pce 41 pp. 183 et 184), - le rapport du 29 mai 2007 du Dr C. \_\_\_\_\_ qui a noté un état après ablation de calcifications intratendineuses au niveau du tendon rotulien du genou droit et une fistule localisée à la hauteur de la partie proximale du tibia droit. Il a conclu que l'assuré pouvait exercer pendant toute la journée des activités légères ou de pénibilité moyenne en position assise avec la possibilité d'alterner la position debout avec des déplacements. Par contre, les activités suivantes n'étaient selon ce médecin pas exigibles : tâches à effectuer principalement debout ou en se déplaçant, travaux à effectuer en étant agenouillé, tâches pouvant être qualifiées de dangereuses, activités qui sont constamment de pénibilité moyenne ou importante et qui mettent surtout à contribution les extrémités inférieures (AI pce 41 pp. 173 ss, resp. pp. 166 ss pour la traduction en français), - le rapport du 23 janvier 2008 du Dr D. \_\_\_\_\_ qui a déconseillé une nouvelle intervention chirurgicale sur le genou droit (AI pce 41 pp. 150 ss), - le rapport du 1er septembre 2009 du Dr B. \_\_\_\_\_, certifiant que l'intéressé présentait des gonalgies du genou gauche mécaniques persistantes devenant pénibles et invalidantes et nécessitant une arthroscopie (AI pce 41 p. 84), - le rapport du 17 novembre 2009 de l'examen du Dr C. \_\_\_\_\_ qui a noté une amélioration au niveau du genou droit par rapport au dernier examen effectué en 2007 ; il a constaté qu'un état définitif a aussi été atteint au niveau du poignet droit. Il a relevé que la nouvelle affection au genou gauche ne faisait pas obstacle à l'exercice d'une activité de substitution telle que décrite dans son rapport du 29 mai 2007. Au demeurant, au niveau de la cheville gauche, il recommandait le retrait des pièces métalliques (AI pce 24 pp. 4 ss, resp. AI pce 41 pp. 63 ss pour la traduction en français), - le rapport médical du 20 mai 2010 du Dr E. \_\_\_\_\_, posant le diagnostic de séquelles douloureuses ostéoarticulaires de la cheville gauche et du genou droit, inchangées depuis l'examen du 18 décembre 2003 et

attestant qu'il n'y a pas d'incapacité de travail supérieure à 50% (AI pce 34), - le rapport du 21 septembre 2010 du Dr F. \_\_\_\_\_, faisant état d'un examen neurologique normal (AI pce 46), - le rapport du 20 janvier 2011 de la Dresse G. \_\_\_\_\_ du service médical de l'OAIE qui a conclu que l'état de santé de l'assuré s'est nettement amélioré, les vis au genou droit ayant enfin pu être retirées le 3 août 2006. De plus, elle a remarqué que l'on ne retrouvait plus de trace d'une fistule au genou droit et qu'une opération avait été réalisée pour procéder à l'ablation de calcifications intratendineuses gênantes. Par ailleurs, la nouvelle affection au genou gauche n'était pas de nature à provoquer une incapacité de travail durable dans une activité respectant les restrictions fonctionnelles décrites par le médecin de la SUVA le 17 novembre 2009. Il en irait de même de la problématique lombaire dès lors qu'aucun déficit radiculaire ne ressortirait des pièces médicales versées au dossier. La Dresse G. \_\_\_\_\_ a alors retenu que l'assuré présentait depuis le 4 décembre 1997 une incapacité de travail de 70% dans son ancienne activité de soudeur mais une capacité de travail entière dans une activité de substitution à compter du 17 novembre 2009 (AI pce 51), - le compte rendu opératoire du 22 novembre 2010 du Dr B. \_\_\_\_\_ qui a effectué une arthroscopie du genou gauche suite au nouvel accident de l'assuré du 18 juillet 2010 (AI pce 55 pp. 57 et 94), - le rapport du 5 avril 2011 du Dr C. \_\_\_\_\_ qui posait comme nouveau diagnostic complémentaire un état après contusion du genou gauche (19.7.2010) et un état après arthroscopie du genou gauche avec débridement et résection partielle du ménisque interne (22.11.2010). Il a précisé que le profil d'exigibilité d'une activité adaptée telle qu'établi lors de l'examen du 17 novembre 2009 restait valable aussi compte tenu des affections aux deux genoux (AI pce 55 pp. 95 ss, resp. 101 ss pour la traduction en français), - l'avis médical du 12 juin 2011 de la Dresse G. \_\_\_\_\_ qui confirme son appréciation précédente, notant que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas aggravé d'une façon déterminante depuis l'accident du 19 juillet 2010 et l'arthroscopie (AI pce 61).

### **E. 10.2**

L'assuré qui s'est opposé à la position de l'OAIE avait dans un premier temps versé au dossier les documents ci-après : - le résultat du 28 février 2011 du scanner des articulations fémoro-patellaires, signé du Dr H. \_\_\_\_\_ (AI pce 64 p. 1), - les certificats des 16 mars et 15 avril 2011 du Dr B. \_\_\_\_\_, relevant que l'assuré l'a consulté pour des gonalgies mécaniques du genou gauche qui nécessitait un geste chirurgical pour aileron rotulien (AI pce 64 pp. 4 s.), - le compte-rendu opératoire du 25 août 2011 de la section d'aileron rotulien externe (AI pce 74 p. 1), - l'ordonnance médicale du 27 août 2011 du Dr B. \_\_\_\_\_, portant sur la location d'un fauteuil roulant avec repose-pied (AI pce 74 p. 2). Dans ses avis des 29 août 2011 et 9 avril 2012, la Dresse G. \_\_\_\_\_, requise à prendre position sur ces nouvelles pièces médicales, a maintenu sa position précédente, remarquant notamment que la gonalgie chronique bilatérale était déjà connue et n'excluait pas l'exercice d'une activité adaptée telle que décrite par le médecin de la SUVA (AI pces 67 et 81).

### **E. 10.3**

Pour sa décision du 23 septembre 2015, l'OAIE s'est principalement fondé sur les rapports d'expertises, soit sur le rapport d'expertise principal du 9 mars 2015, signé des Drs I. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologue FMH, J. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en médecine interne FMH, K. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie FMH, L. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH, et M. \_\_\_\_\_, chef de clinique en orthopédie (AI pce 120), le rapport de l'expertise psychiatrique du 10 février 2015 (AI pce 118), le rapport de l'examen neurologique du 17 février 2015 (AI pce 117) et

le rapport de l'expertise orthopédique du 18 février 2015 (AI pce 119). Les experts ont retenu comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail une gonarthrose fémoro-tibiale interne bilatérale (M17.0) après résection méniscale et un conflit sous-acromial de l'épaule droite (M75.4). Ils ont posé comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), des douleurs persistantes de la cheville gauche après plastie ligamentaire externe et sous-talienne, des rachialgies non spécifiques (M54.9) et des douleurs du poignet droit non spécifiques (AI pce 120 p. 20). Dans le rapport de l'expertise psychiatrique, le Dr L. \_\_\_\_\_ a encore noté une dysthymie (F43.1) chez une personne qui présente des traits de personnalité émotionnellement labile (Z73.1), sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré (AI pce 118 p. 5). Les experts orthopédiques expliquent qu'objectivement, sur le plan ostéo-articulaire, ils n'ont constaté qu'une limitation modérée de l'abduction du bras droit, en raison d'un conflit sous-acromial de l'épaule droite, ainsi qu'une limitation dans les déplacements à 1 km et dans certaines postures contraignantes pour les genoux en raison de la gonarthrose fémorale interne bilatérale après ménisectomie. Les médecins ont précisé qu'ils n'ont pas observé une limitation significative ni au niveau du rachis, dont la mobilité ne présente pas d'anomalie, ni au niveau des genoux et des chevilles, l'assuré déclarant notamment marcher une heure quotidiennement et se déplaçant sans boiterie (AI pces 119 pp. 7 s. et 120 pp. 20 s.). Sur le volet neurologique, le status neurologique détaillé s'était relevé normal (cf. aussi AI pces 117 pp. 3 s. et 120 p. 21). Au niveau psychiatrique, le Dr L. \_\_\_\_\_ a observé une dépression chronique de l'humeur minime, justifiant selon lui le diagnostic de dysthymie. L'expert a également discuté l'hypothèse d'un trouble de la personnalité et a confirmé quelques comportements dyssociaux mineurs durant l'adolescence et au début de l'âge adulte ainsi que certaines irritabilités et instabilités. Selon lui, ces éléments ne sont cependant pas suffisants pour retenir un véritable trouble de la personnalité incapacitant selon la CIM-10. L'expert psychiatre a finalement également confirmé la discordance entre les plaintes de l'assuré et le substrat somatique sous-jacent raison pour laquelle il a retenu le diagnostic de majoration des symptômes pour des raisons psychologiques. Il a précisé qu'aucun de ces diagnostics psychiatriques n'est susceptible d'avoir un impact sur la capacité de travail de l'assuré (AI pces 118 pp. 5 s. et 120 p. 21). Les experts ont conclu que la capacité de travail de l'assuré est entière dans une activité adaptée respectant des limitations dans les déplacements au-delà du kilomètre, dans les postures contraignantes pour les genoux (travail à genou par exemple) et, dans les activités des membres supérieurs au-delà de la ligne des épaules. Ils ont estimé que cette capacité de travail est entière d'au moins depuis 2006, dès les constats des Drs N. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_ en novembre 2005 (AI pce 120 pp. 22 s. du rapport). Cependant ils admettent que dater un moment précis comporte une très importante part d'arbitraire (AI pce 119 p. 8) et qu'il ne leur est pas possible de se prononcer sur l'évolution des limitations fonctionnelles entre 2006 et la date de leur expertise (AI pce 120 p. 23).

#### **E. 10.4**

Les différents médecins et spécialistes de l'OAIE réunis le 30 avril 2015 ont confirmé au vu des rapports de l'expertise pluridisciplinaire que l'assuré présente à partir du 17 novembre 2009 une capacité de travail entière dans une activité de substitution. Ils ont remarqué que l'entorse au genou gauche a été soignée et que les experts médicaux ont tenu compte de son aggravation et de l'intervention du 25 août 2011. Ils ont aussi relevé que l'expertise a montré l'absence d'atteinte psychiatrique invalidante et que les limitations fonctionnelles retenues

par les experts sont parfaitement superposables à celles retenues par la SUVA dans sa décision du 21 mai 2010 (rapport du 1er mai 2015 [AI pce 126]).

### **E. 10.5**

Le recourant a encore produit le résultat du 27 novembre 2015 de la radiographie et échographie de l'épaule droite, signé du Dr R.\_\_\_\_\_, le résultat du 22 décembre 2015 de l'IRM du genou droit, signé du Dr S.\_\_\_\_\_, relevant une lésion méniscale interne et le résultat du 28 octobre 2015 de l'IRM du genou gauche, signé du Dr Q.\_\_\_\_\_. (TAF pce 6 annexes). Selon les différents médecins et spécialistes de l'OAIE réunis le 28 avril 2016, ces documents médicaux n'apportent pas d'éléments nouveaux mais confirment les conclusions du rapport d'expertise du 9 mars 2015. Dès lors, ils maintiennent leur position antérieure (TAF pce 12 annexe).

### **E. 11**

Le recourant conteste les conclusions de l'expertise médicale et partant sa valeur probante et sollicite une nouvelle expertise neutre. Il critique en substance que l'examen n'était que superficiel, faisant valoir qu'il a passé la majorité du temps à l'hôtel, que les expertises ne se fondaient, selon lui, à tort sur aucun IRM, scanner ou échographie et que les médecins n'ont pas tenu compte de ses problèmes à la cheville (présence d'un corps étranger qui doit être retiré), au poignet, au genou gauche (fissure du ménisque gauche), aux épaules et au niveau cervical. Il fait également grief que les experts et médecins de l'OAIE ne proposent pas de traitements pouvant résoudre ses troubles qui selon lui sont restés les mêmes. Enfin, il a critiqué que l'expertise avait eu lieu à la clinique de réadaptation alors qu'il était en litige avec la SUVA. A son appui, il a produit dans la présente procédure les résultats de la radiographie et de l'échographie de l'épaule droite et l'IRM de ses genoux qui selon lui parlent d'eux-mêmes.

### **E. 12.1**

Le TAF note premièrement que les rapports d'expertises se fondent sur l'entier du dossier médical constitué, résumé aux pp. 3 à 13 du rapport principal (AI pce 120) ainsi qu'aux pp. 2 s. du rapport orthopédique (AI pce 119). Ils tiennent donc notamment compte des IRM du genou gauche des 22 octobre 2008 et 12 décembre 2011 (AI pce 119 p. 6) ainsi que des radiographies de la cheville gauche face et profil, des radiographies de l'épaule droite, face, face en rotation interne, axiale, des radiographies du poignet droit face et profil et des radiographies des genoux gauche et droit, de face en position debout, en schuss et profil du 18 février 2015 (AI pce 119 p. 6) et de l'examen selon l'échelle de dépression MADRS du 18 février 2015 (AI pce 118 p. 4) qui ont été réalisés sur demande des experts. Les rapports d'expertise contiennent en outre une anamnèse au niveau familial, personnel, social, professionnel, des maladies et accidents et par systèmes médicales (cf. pp. 13 à 17 du rapport principal [AI pce 120], complétés par la p. 4 du rapport orthopédique et les pp. 2 s. du rapport psychiatrique [AI pces 118 et 119]), une description des plaintes actuelles de l'assuré (AI pce 120 pp. 16 s., complétés par AI pces 117 p. 2 et 118 p. 3), de ses activités quotidiennes et habitudes (AI pce 120 17 s.) et font état des médicaments pris (AI pce 120 p. 18). Le rapport fait de plus état des constats objectifs des examens cliniques de l'assuré sur le volet de la médecine interne (AI pce 120 p. 19), orthopédique (AI pce 119 pp. 4 s.), psychiatrique (AI pce 118 pp. 3 s.) et neurologique (AI pce 117 p. 3). De surcroît, les expertises ont été réalisées par des médecins spécialisés dans les domaines médicaux concernés.

### **E. 12.2**

Ensuite, le TAF remarque que les conclusions des experts sont motivées d'une manière détaillée (cf. AI pce 120 pp. 20 à 22, complétée par AI pces 117 pp. 3 s., 118 pp. 5 s. et 119 pp. 7 s.). Les experts expliquent leurs diagnostics ainsi que les diagnostics rejetés et exposent les raisons pour lesquelles ils estiment que l'assuré présente une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée compte tenu de ses limitations fonctionnelles décrites (cf. consid. 10.3 ci-dessus). Il n'y a pas de contradictions. De surcroît, leur évaluation d'une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée est confirmée et précisée par les avis du Dr C.\_\_\_\_\_ des 29 mai 2007, 17 novembre 2009 et 5 avril 2011 (cf. consid. 10.1) sur lesquels les médecins de l'OAIE se basent (cf. consid. 10.1 et 10.4 ci-dessus).

### **E. 12.3**

A l'inverse le TAF constate que les critiques du recourant sont infondées ; il se contente principalement de présenter son appréciation subjective. En effet, compte tenu de l'expertise pluridisciplinaire très exhaustive, motivée en détail et confirmée par des différents médecins (cf. consid. 12.1 s. ci-dessus), le Tribunal ne peut suivre le recourant qui prétend que l'expertise n'a pas été approfondie. Le TAF remarque également que le recourant n'a pas expliqué pour quelle raison les examens par IRM, scanner et échographies étaient indispensables et apportent des éléments nouveaux ignorés par les experts. Au contraire, les différents médecins de l'OAIE ont remarqué que ces résultats produits par l'assuré, faisant état de lésions aux deux genoux et à l'épaule droite, ne font que confirmer les observations des experts (cf. consid. 10.3 et 10.5 ci-dessus). Au surplus, contrairement à ce que prétend le recourant, les experts ont tenu compte de ses problèmes à la cheville, au poignet, au genou gauche - et aussi au genou droit -, aux épaules et à la colonne vertébrale. Toutes ces affections ont été retenues dans les diagnostics (cf. consid. 10.3 ci-dessus). En outre, les experts les ont pris en considération dans l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré et ont expliqué leur appréciation en détail. Notamment ils ont exposé que l'assuré présente une limitation modérée de l'abduction du bras droit ainsi qu'une limitation dans les déplacements au-delà du kilomètre et dans certaines postures contraignantes pour les genoux (cf. consid. 10.3 ci-dessus). Par conséquent, les experts - tout comme le Dr C.\_\_\_\_\_ et les médecins de l'OAIE - affirment que l'assuré ne peut plus exercer sa profession de soudeur, mais que dans une activité de substitution il présente une capacité de travail totale (cf. consid. 10.1, 10.3 et 10.4). Dans la décision contestée l'OAIE a indiqué que compte tenu des limitations fonctionnelles aux genoux et à l'épaule droite l'assuré peut toujours poursuivre une activité légère, avec déplacements limités à un kilomètre, en position de travail principalement assise, en évitant la position accroupie et les activités des membres supérieurs au-delà de la ligne des épaules et à l'abri du froid, de la chaleur et de l'humidité (AI pce 70). L'assuré n'explique pas pour quelle raison, d'un point de vue médical, cette appréciation n'est pas convaincante. Quant au grief que les experts et médecins de l'OAIE ne proposent pas de traitements, pouvant améliorer ses troubles, il est rappelé que l'expertise avait pour but de déterminer la capacité résiduelle de travail de l'assuré, l'assurance-invalidité - à l'inverse de l'assurance-accident - ne prenant en principe pas en charge les traitements médicaux mais couvre l'incapacité de gain suite à des problèmes de santé. Enfin, s'agissant du prétendu conflit d'intérêt des experts de la clinique de la réadaptation en raison du litige qui opposait le recourant à la SUVA, l'OAIE a expliqué à juste titre dans la décision attaquée que l'assuré a invoqué ce grief tardivement,

ayant notamment omis de formuler ses objections après le courrier du 12 janvier 2015 dans lequel l'Office lui a communiqué les noms des experts et lui a accordé un délai pour formuler d'éventuels motifs de récusation et de refus (AI pce 114). En effet, pour des raisons d'économie de procédure et de bonne foi, la partie qui se prévaut d'un cas de récusation doit le faire valoir dès qu'elle en a connaissance, c'est-à-dire sans attendre l'issue de la cause. A défaut, elle court le risque de se voir forclos de ce grief, en raison de sa tardiveté (cf. ATF 120 Ia 19 consid. 2c/aa; Jacques Dubey/Jean-Baptiste Zuffrey, Droit administratif général, 2014, ch. 2027). Selon la jurisprudence, il est notamment contraire à la bonne foi de laisser poursuivre le déroulement de la procédure nonobstant la connaissance d'un motif de récusation afin de pouvoir demander, cas échéant, l'annulation d'une décision défavorable (ATF 132 V 93 consid. 7.4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_519/2011 cité consid. 3.1; Stephan Breitenmoser/Marion Spori Fedail, VwVG, Praxiskommentar, 2009, art. 10 n° 98). De plus, à l'instar de l'OAIE, le TAF constate la critique du recourant ne comporte aucun élément concret. Dès lors, son grief n'est pas de nature à indiquer une apparence de prévention quelconque de la part des experts, pouvant mettre en doute leur activité impartiale. Selon la jurisprudence, la méfiance à l'égard des experts doit apparaître comme fondée sur des éléments objectifs et ne peut pas reposer sur des seules impressions de l'expertisé (cf. ATF 132 V 93 consid. 7.1, 125 V 351 consid. 3b/ee; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_519/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.1).

#### **E. 12.4**

Par conséquent, le recourant n'est pas parvenu à mettre en doute les conclusions des experts dont les rapports répondent aux exigences jurisprudentielles (cf. consid. 7.3.1 s. ci-dessus). Dans cette situation, l'organisation d'une nouvelle expertise médicale telle que réclamée par le recourant est superflue.

#### **E. 12.5**

Il sied encore d'examiner si l'état de santé de l'assuré s'est considérablement modifié depuis le 2 juin 2006, pouvant ainsi justifier un motif de révision au sens de l'art. 17 al 1 LPGA cité.

##### **E. 12.5.1**

Comparant l'état de santé de l'assuré existant le 2 juin 2006 avec celui présent au moment de la suppression de la rente confirmée par la décision litigieuse, le TAF constate que l'état s'est modifié dans le sens que l'assuré présentait en 2015 nouvellement une atteinte au genou gauche et à l'épaule droite ainsi qu'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Le Dr L. \_\_\_\_\_ n'a plus retenu le diagnostic de personnalité accentuée avec traits narcissiques prédominants et a expliqué sa conclusion. Les troubles au poignet droit, à la cheville gauche et la dysthymie que les experts de la clinique de la réadaptation ont également observés étaient déjà connus en 2006. S'agissant des rachialgies non spécifiques, il sied de remarquer que les médecins de l'hôpital cantonal avaient aussi constaté des altérations dégénératives (AI pce 17 p. 3). S'agissant de la capacité résiduelle de travail de l'assuré, les experts ont attesté en 2015 une capacité entière dans une activité de substitution respectant les limitations fonctionnelles au niveau des genoux et à l'épaule droite. A l'inverse, le Dr C. \_\_\_\_\_ avait noté en 2005 qu'en raison de l'atteinte au genou droit qui n'était pas satisfaisante, l'assuré ne pouvait assumer que 2-3 heures d'activités assises, alternant l'exécution de tâches induisant un stress variable. Les médecins à l'hôpital cantonal ont conseillé un retrait des vis pour os spongieux sur ce genou (consid. 9.1 et 9.2)

qui a eu lieu le 3 août 2006 et a encore nécessité les 29 janvier et 2 avril 2007 une ablation de calcifications intratendineuses (cf. les comptes rendus opératoires du Dr B. \_\_\_\_\_ ; consid. 10.1). Par ailleurs, les divers médecins de l'OAIE ont remarqué dans le rapport du 1er mai 2015 que l'entorse au genou gauche que l'assuré a subie le 18 juillet 2010 lors du 2e accident avait été soignée (cf. le compte-rendu opératoire du 25 août 2011 du Dr B. \_\_\_\_\_ [AI pce 74 p. 1], consid. 10.2; cf. aussi consid. 10.4).

#### **E. 12.5.2**

Concernant la date à partir de laquelle il faut retenir que l'assuré présente une capacité résiduelle de travail entière, les experts l'ont fixée au 2006, dès les constats des médecins de l'hôpital cantonal dont le rapport principal date du 15 février 2006. Dans le rapport orthopédique, les experts de la clinique de réadaptation ont cependant admis que déterminer un moment précis comporte une très importante part d'arbitraire (cf. consid. 10.3). En effet, il s'agit d'une appréciation d'une situation se trouvant dans le passé. Pour cette raison, le TAF préfère se tenir aux constatations médicales de l'époque. Il note que le 29 mai 2007 le Dr C. \_\_\_\_\_ a pour la première fois fait état d'une amélioration, certifiant - contrairement à son rapport du 31 août 2005 - une capacité de travail entière dans une activité de substitution. Entre-temps, les vis au genou droit ont été retirées et les calcifications intratendineuses gênantes ablatées (cf. consid. 9.1 et 10.1 ci-dessus). Au plus tard, cette amélioration de l'état de santé de l'assuré peut être fixée au 17 novembre 2009, telle que défendue par les médecins de l'OAIE, le Dr C. \_\_\_\_\_ ayant alors attesté une nouvelle amélioration au niveau du genou droit qui ne présentait plus de fistule. Il a aussi expliqué que la nouvelle affection au genou gauche (cf. aussi le certificat du 1er septembre 2009 du Dr B. \_\_\_\_\_) ne faisait pas obstacle à l'exercice d'une activité de substitution telle que décrite dans son rapport du 29 mai 2007 (cf. consid. 10.1).

#### **E. 12.5.3**

Dès lors, l'état de santé de l'assuré s'est modifié depuis le 2 juin 2006. Le recourant n'avance pas d'éléments pouvant mettre en doute cette conclusion.

#### **E. 12.6**

Eu égard à ce qui précède, le TAF retient que le recourant présente à compter du 29 mai 2007, ou au plus tard à partir du 17 novembre 2009, une capacité résiduelle de travail entière dans une activité professionnelle adaptée légère en position de travail principalement assise qui n'implique pas une position accroupie, des activités des membres supérieurs au-delà de la ligne des épaules et de déplacements au-delà du kilomètre et se trouve à l'abri du froid, de la chaleur et de l'humidité.

#### **E. 13**

L'OAIE a ensuite déterminé le taux d'invalidité de l'assuré. Le recourant n'a formulé aucune critique à ce sujet.

#### **E. 13.1**

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

permet de calculer le taux d'invalidité.

### **E. 13.2**

Les revenus à comparer doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans la mesure de possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré avant et après la survenance de ses problèmes de santé. A défaut d'un salaire de référence, un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques salariales retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb).

### **E. 13.3**

Le Tribunal fédéral a précisé que la comparaison des revenus doit être effectuée en se référant en principe à la situation au moment où le droit (hypothétique) à la rente aurait pu naître au plus tôt. En outre, les revenus avec et sans invalidité 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 4.4 et 128 V 174).

### **E. 13.4**

Dans le cas concret, l'OAIE a évalué l'invalidité du recourant le 21 février 2011 en application de la méthode générale de comparaison des revenus, se basant sur les données statistiques de l'année 2008. Comme revenu sans invalidité, l'OAIE a déterminé, après une mise en parallèle des revenus, un salaire mensuel de 5'579.71 francs pour des salariés avec des connaissances professionnelles spécialisées. Le salaire avec invalidité a été fixé à 4'443.77 francs compte tenu d'une moyenne des salaires qu'un salarié dans des activités simples et répétitives gagnait dans les industries manufacturières, les services fournis aux entreprises, le commerce de gros/intermédiaires du commerce et dans le commerce de détail, réparation d'articles domestiques ; il y a encore déduit 10% en raison des circonstances du cas particulier. La comparaison des revenus fait apparaître une perte de gain de 1'136.01 francs (5'579.71 francs - 4'443.7), soit un taux d'invalidité de 20% (1'136.01 francs/5'579.71 francs x 100% ; AI pce 52).

### **E. 13.5**

Pour les raisons suivantes, la détermination d'un taux d'invalidité de 20% n'est pas critiquable : Pour la comparaison des revenus, le TAF préfère prendre l'année 2010 comme référence, compte tenu de l'amélioration de l'état de santé de l'assuré survenue au plus tard le 17 novembre 2009 et du délai de 3 mois à observer selon l'art. 88a RAI cité (cf. consid. 5.5 et 13.3 ci-dessus ; à titre d'exemple : arrêt du TAF C-31/2013 du 24 février 2014 consid. 10.1). Il sied ensuite d'indexer les revenus déterminés à 2011, la rente ayant été supprimée au 1er novembre 2011. Pour le revenu sans invalidité il faut retenir le salaire annuel que l'assuré avait obtenu auprès de son dernier employeur, soit en 1997 un salaire annuel de 54'280 francs (cf. questionnaire pour employeur rempli et signé le 21 juin 1999 [AI pce 10 pp. 10 s.]). Indexé à 2011 (1939=100, 1997=1'919, 2011=2'306), il en résulte un salaire annuel de 65'226.51 francs, respectivement un salaire mensuel de 5'435.54 francs (: 12). S'agissant du salaire avec invalidité, le Tribunal se base sur la valeur médiane des activités simples et répétitives (niveau 4) de toutes les branches économiques du secteur privé - dont l'utilisation est en principe prescrite par le Tribunal fédéral (ATF 133 V 545 consid. 5.1 et 5.2, 124 V 321 consid. 3b/aa) - qui s'élevait en 2010 à 4'901 francs pour 40 heures de travail, respectivement à 5'097.04 francs pour 41.6 heures de travail usuelles. Il convient

ensuite d'opérer sur ce montant un abattement de 15% conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle, dans certains cas, le revenu d'invalidité déterminé d'après les données statistiques doit être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de la personne assurée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation), susceptibles de diminuer ses possibilités de réaliser un gain se situant dans la moyenne, déterminante pour les employés qui ne présentent pas d'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 5.1, 126 V 75). La hauteur de la déduction dépend de chaque cas d'espèce, une réduction automatique n'est pas admissible (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_187/2011 du 30 mai 2011 consid. 4.2.1). La déduction maximale correspond à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5). En l'espèce, un abattement de 15% est justifié afin de tenir compte que l'assuré ne peut plus exercer que des activités légères et qu'en raison de sa longue absence du marché de travail depuis l'accident du 4 décembre 1997 il ne peut pas se prévaloir d'une expérience professionnelle récente. Ces éléments peuvent l'empêcher d'obtenir, au moins dans un premier temps, un salaire moyen. Le salaire sans invalidité déterminant se monte donc à 4'332.48 francs, respectivement à 4'372.30 francs indexé à 2011 (2010=2'285, 2011=2'306). La comparaison des revenus fait apparaître une perte de gain de 1'063.24 francs (5'435.54 francs - 4'372.30 francs), correspondant à un taux d'invalidité de 20% arrondi ( $=1'063.24\text{francs}/5'435.54\text{ francs} \times 100\%$ ).

### **E. 13.6**

En conclusion, l'assuré présente un taux d'invalidité de 20%. Ce taux ne donne pas droit à une rente de l'assurance-invalidité conformément à l'art. 28 al. 2 LAI selon lequel 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%, à trois-quarts de rente si elle est invalide à 60% et à une rente entière si elle est invalide à 70% au moins.

### **E. 14**

Il se pose encore la question de savoir si le recourant a droit à des mesures de reconversion professionnelle.

#### **E. 14.1.1**

Conformément à l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation professionnelle 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. Selon l'art. 10 al. 1 LAI, le droit 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. 14.1.2**

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. En conséquence, en principe, dès qu'une personne n'est plus assurée à l'AVS/AI suisse, notamment parce qu'elle ne vit pas en Suisse et n'y travaille plus (cf. art. 1a al. 1 let. a et b de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10]), elle perd son droit aux mesures de réadaptation. Toutefois, l'ALCP (cf. consid. 3.2 ci-dessus) prévoit une clause de prolongation d'assurance qui maintient, à certaines conditions, l'assujettissement à l'AVS/AI

suisse (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, 2011, ch. 1348 p. 372). Ainsi, en vertu du point 9, respectivement du point 8 en vigueur depuis le 1er avril 2012, de la let. i du par. 1 de la Section A de l'Annexe II à l'ALCP 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'assurance-invalidité, 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. Le Tribunal fédéral a précisé qu'un travailleur frontalier qui a dû cesser son activité en Suisse pour des raisons de santé et a été mis au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité suisse (et que des mesures de réadaptation ne sont pas envisagées en parallèle) ne peut par la suite pas prétendre à des mesures de réadaptation (ATF 132 V 244 consid. 6, 55 consid. 6.6). Par ailleurs, la Convention de sécurité sociale franco-suisse ne prévoit pas non plus une solution plus favorable (cf. art. 11 de la Convention; cf. également ATF 132 V 244 consid. 6.3 qui explique les règles différentes).

#### **E. 14.1.3**

Dès lors, le recourant, ayant eu droit à une rente d'invalidité entière du 1er décembre 1998 au 31 octobre 2011, n'a pour la période subséquente pas droit à des mesures d'ordre professionnel de la part de l'assurance-invalidité suisse. C'est donc à juste titre que l'OAIE a rejeté la demande du recourant tendant à l'octroi des mesures de reconversion professionnelle.

#### **E. 14.2**

Indépendamment de cela, il sied de rappeler que selon une règle généralement valable dans le domaine des assurances sociales, il appartient à l'assuré d'entreprendre lui-même tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour tirer profit de l'amélioration de sa capacité de travail médicalement documentée (réadaptation par soi-même; cf. art. 7 LAI; Michel Valterio, op. cit., n° 1254). Il est en principe admis que l'assuré est en mesure de réussir sa réadaptation professionnelle de son propre chef sans aide préalable de la part de l'assurance invalidité et qu'en règle générale, une amélioration de la capacité de travail permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.1.2.1, 9C\_368/2010 cité consid. 5.2.2.1 et 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2). En l'occurrence, il sied de considérer qu'au moment de la suppression de la rente de l'assuré au 1er novembre 2011, déterminant en vertu de la jurisprudence (ATF 141 V 5 consid. 4), le recourant touchait une rente depuis presque 13 ans déjà. Toutefois, né en 1971, l'assuré n'avait que 40 ans. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, il ne fait donc pas partie des cas exceptionnels d'assurés qui ne peuvent pas se réintégrer sur le marché du travail par leurs propres moyens, sans aides préalables (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.2, 9C\_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4, 9C\_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.1.2.2 et 9C\_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5, in SVR 2011 IV n° 73 p. 220). Le recourant ne fait pas non plus partie des cas limites (cf. ATF 141 V 5 consid. 4.2.2; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_810/2015 du 5 janvier 2016 consid. 5, 9C\_363/2011 du 31 octobre 2011 consid. 3.2.2; Thomas Gächter/Michael E. Meier, Rechtsprechung des Bundesgerichts im Bereich der Invalidenversicherung, SZS 2016 p. 305 ss). De plus, les experts ont

souligné que l'assuré était en bon état général, très musclé et en bonne condition physique, et qu'il dispose d'une pleine capacité de travail dans des activités respectant ses limitations fonctionnelles qui du reste sont modestes. Par ailleurs, l'assuré ne souffre pas non plus d'une affection psychiatrique, pouvant limiter sa capacité de travail. Ainsi, à juste titre, les experts ont indiqué qu'il existe de nombreuses activités qui lui sont accessibles sans besoin de mesures de réadaptation particulière (cf. AI pces 119 pp. 4 et 8 et 120 pp. 19, 21, 23 s.). Au reste, le salaire avec invalidité a été déterminé sur la base des activités simples et répétitives de toutes les branches économiques du secteur privé (cf. consid. 13.5 ci-dessus) où le recourant peut trouver un large éventail d'activités adaptées à son état de santé. Un nombre significatif de ces emplois ne nécessitent du reste aucune formation spécifique. Dès lors, il apparaît que l'assuré peut s'intégrer lui-même sur le marché du travail et tirer profit de sa capacité résiduelle de travail.

#### **E. 15**

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que la rente d'invalidité du recourant a été supprimée à compter du 1er novembre 2011 suite à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Il n'a de plus pas droit à des mesures d'ordre professionnel. Le recours doit alors être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

#### **E. 16**

Vu l'issue de la procédure, le recourant débouté doit prendre en charge les frais de la procédure de 400 francs en vertu de l'art. 63 al. 1 PA selon lequel les frais de procédure sont à la charge de la partie qui succombe. Les 400 francs sont prélevés sur l'avance de frais de procédure du même montant dont le recourant s'est acquitté dans le cadre de la présente procédure (cf. AI pces 5, 7 et 8). En outre, il n'est pas alloué de dépens, le recourant qui est succombé n'y a pas droit (cf. art. 64 al. 1 PA a contrario) et aucun dépens n'est alloué à l'autorité inférieure (cf. art. 7 al. 3 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Le dispositif se trouve à la page suivante.

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