



Cour III
C-126/2012

Arrêt du 15 novembre 2013

Composition

Francesco Parrino (président du collège),
Beat Weber, Madeleine Hirsig-Vouilloz, juges,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

A. _____,
représenté par Maître Marc Labbé,
2501 Bienne,
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE),**
avenue Edmond-Vaucher 18, case postale 3100,
1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité (décision du 15 novembre 2011).

Faits :**A.**

Le ressortissant belge A._____, né en 1961, a travaillé en Suisse durant les années 1991-2003 en tant que chauffeur de poids lourds. Le 26 juillet 2005 il déposa auprès de l'organisme de liaison luxembourgeois une demande de prestations de l'assurance-invalidité suisse, lequel la transmitt à l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE). L'office la reçut en date du 29 juin 2006 et instruisit la demande.

Par projet de décision du 7 mai 2008, l'OAIE informa l'assuré qu'il était apparu de son dossier que, s'il ne pouvait plus exercer sa dernière activité en raison de son atteinte à la santé, il lui était possible d'exercer à 100% une activité lucrative plus légère, mieux adaptée à son état de santé avec une perte de gain de 12%, taux qui ne lui ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité. L'intéressé s'opposa à ce projet de décision, indiqua qu'il avait requis le 27 mai 2008 du Dr B._____ en Belgique une expertise et sollicita en conséquence une prolongation de délai pour contester le projet de décision. L'OAIE la lui accorda au 31 juillet 2008, par pli simple du 9 juin 2008, précisant que, sans nouvelle de sa part à l'échéance, il allait rendre une décision dans le sens du projet de décision. N'ayant pas reçu l'expertise annoncée, l'OAIE rendit en date du 20 août 2008 une décision de rejet de rente d'invalidité. Or le 21 août 2008 l'OAIE reçut une expertise du Dr B._____ datée du 4 juillet 2008. L'OAIE communiqua à l'intéressé que celle-ci lui était parvenue hors délai et que, dès lors, il lui appartenait cas échéant d'interjeter recours contre sa décision du 20 août 2008. L'intéressé interjeta recours auprès du Tribunal de céans en date du 29 septembre 2008 et compléta celui-ci par un acte ampliatif du 10 octobre 2008. Dans ses écritures de recours, puis de réplique, il contesta le rejet de rente d'invalidité pour des motifs médicaux et de calcul du taux d'invalidité non explicité. Il fit également valoir la violation du droit d'être entendu n'ayant pas été valablement informé du délai pour produire l'expertise sollicitée du Dr B._____, car il n'avait jamais reçu la communication de l'OAIE du 9 juin 2008. Par arrêt du 13 octobre 2010, le Tribunal de céans admit le recours au motif d'une violation du droit d'être entendu de l'assuré qui n'avait pas été informé (la preuve d'une communication par pli recommandé faisant défaut) de la date-butoir du 31 juillet 2008 pour produire son expertise, d'une motivation insuffisante du taux d'invalidité de 12% retenu, d'un accès aux actes restreint et renvoya le dossier à l'autorité inférieure pour réparer les violations cons-

tatées et rendre une nouvelle décision (cf. l'arrêt du Tribunal de céans C-6218/2008 du 13 octobre 2010, pce 79).

B.

Dans le cadre de la réouverture de l'instruction de la demande, l'OAIE re-prit en compte et porta au dossier notamment les documents ci-après:

- le questionnaire à l'assuré daté du 7 mai 2007 indiquant une formation professionnelle de soudeur, une activité de chauffeur de poids lourds de 1982 à 2004, avec chargement et déchargement du véhicule, un status de personne en arrêt de travail depuis juillet 2004 pour cause d'accident de voiture avec le bénéfice d'indemnités de l'assureur accident SUVA (pce 15),
- le questionnaire pour l'employeur daté du 30 mars 2007 indiquant une activité de chauffeur moyennement lourde à plein temps du 1^{er} octobre 2003 au 31 mars 2004 avec un dernier jour effectif de travail le 28 décembre 2003 pour cause d'accident ce jour (pce 14),
- un rapport médical E 213 du 4 mai 2005, signé du Dr C._____, faisant état des plaintes de lombalgies mécaniques en flexion et station immobile, de port de charges impossible, de cessation de travail le 26 juillet 2004, d'un bon status général apparent (73kg), indiquant une mobilité cervicale réduite de 50%, une attitude antalgique au relevé de table, des membres supérieurs et inférieurs normaux, une marche normale, une force et un tonus musculaire normaux, des réflexes normaux, posant le diagnostic de fracture D11 stable et de séquelle de pancréatite post-traumatique, notant une évolution lentement favorable, des plaintes actuelles encore explicables par les pathologies évoquées, une grave altération de l'état général, actuellement récupérée, relevant au titre des déficits fonctionnels une faible tolérance à l'effort et une mobilisation limitée du tronc, indiquant un status amélioré depuis l'examen du 12 avril 2005, la possibilité d'effectuer des travaux légers sans flexions répétées, port et levage de charges, sans gravir des plans inclinés, usage d'échelles et escaliers, avec possibilité de pauses supplémentaires, de postures variées et status positionnels alternés, notant la non-possibilité d'exercer l'activité antérieure de chauffeur de poids lourds, mais la possibilité d'exercer un emploi adapté à plein temps, indiquant selon l'Etat de résidence un taux d'invalidité totale pour l'activité antérieure et de ">66%" pour toute autre activité correspondant aux aptitudes de l'assuré, relevant une évolu-

tion favorable en cours, indiquant un réexamen nécessaire avant fin juillet 2005 (pce 25),

- un rapport médical du Dr D. _____ du 24 octobre 2005 suite à une gastroduodénoscopie concluant notamment à un status sans problème au niveau de l'œsophage (pce 29),
- un rapport de scan abdomino-pelvien du 28 février 2006 sans particularité (pce 30),
- un rapport du Dr E. _____, médecin traitant, daté du 12 mars 2006, rappelant au titre des lésions notamment plusieurs fractures de côtes hémi thorax droit, une contusion abdominale avec fractures hépatique, splénique et gastroparésie, une contusion pelvienne avec hématome de la bourse, un traumatisme de la colonne avec fracture de D11, évoquant une évolution très longue marquée par une surinfection pulmonaire, une nécrose de la paroi musculaire au niveau de la fosse iliaque gauche, et une dépression, indiquant au titre des séquelles une atrophie musculaire diffuse, une mobilité douloureuse de la colonne, des séquelles morales, anxieuses et dépressives, notant une évolution s'étant à nouveau compliquée par une reprise de la pancréatite ayant nécessité une nouvelle hospitalisation en date du 21 février 2006 (pce 31),
- deux rapports de situation du Dr E. _____ du 3 septembre 2006 (en réponse à des questionnaires SUVA des 11 juillet et 2 août 2006) indiquant au titre des troubles actuels une atrophie musculaire de la paroi abdominale, une colonne douloureuse, le moindre travail entraînant des dorsalgies, lombalgies et une sciatique, notant des séquelles pancréatiques, un trouble du transit intestinal, relevant une impuissance sexuelle depuis l'accident, notant une dépression nerveuse, une sensation de dévaluation, une sinistrose, de l'anxiété et des insomnies, des troubles psychiques réels non susceptibles d'amélioration du fait d'un substrat organique, indiquant l'impossibilité d'exercer l'activité antérieure suite aux séquelles psychiques et organiques mais la possibilité d'exercer à tiers temps un travail léger adapté à condition de ne pas être stressant avec les limitations de ports occasionnels de charges de moins de 10kg, d'agenouillements occasionnels de moins de 5min., de position assise limitée à une heure avec pause, de position debout limitée à 20min. d'interdiction d'accroupissement et de ports de charges de plus de 10kg (pces 32 s.),

- une décision de l'assurance sociale luxembourgeoise du 26 avril 2007 octroyant à l'intéressé une pension d'invalidité du 26 au 31 juillet 2005 notant qu'à partir du 1^{er} août 2005 suivant l'avis du contrôle médical de la Sécurité sociale l'intéressé n'était plus à considérer comme invalide (pce 35),
- une expertise commanditée par la SUVA, effectuée par le CEMed de Nyon, datée des 19 avril, 11 et 12 juin 2007, signée des Drs F._____, rhumatologie, G._____, psychiatrie-psychothérapie, H._____, chirurgie orthopédique, I._____, gastroentérologie, faisant état de la nombreuse documentation médicale, rappelant que le 27 juillet 2004 l'assuré est victime d'un accident de la voie publique dont il est résulté un polytraumatisme avec fractures multiples de côtes à droite ayant entraîné un hémithorax, une rupture hépatique, une rupture splénique, une gastroparésie traumatique aiguë, un traumatisme facial banal, une fracture de plateau D11, une contusion pelvienne avec hématome des bourses, une plaie au genou gauche, des pancréatites post-traumatisme, notant une activité actuelle relativement sédentaire, n'évoquant pas d'autres troubles psychiques qu'un sentiment de diminution lié aux atteintes physiques, évoquant des douleurs dorsales et des troubles gastriques interférant sur l'activité quotidienne, n'indiquant pas de traitement médicamenteux régulier, relevant un suivi médical 1 x tous les 2 mois, indiquant un bon status apparent (172cm/80kg), une marche normale, la possibilité de marcher sur la pointe des pieds et des talons, l'agenouillement et l'accroupissement possibles, une obésité tronculaire, notant un examen du rachis montrant une cyphose dorsale un peu accentuée, un relâchement musculaire et des membres supérieurs et inférieurs sans particularité marquante, un examen psychiatrique sans troubles décelés dans le sens clinique, ni éléments de la ligne psychotique, retenant une capacité de travail complète sans interruption dans le temps, sans diminution de rendement dans une activité adaptée avec limitation des charges répétées à 15kg, l'alternance possible des positions, l'évitement de vibrations, l'exclusion de positions accroupies, les positions en antépulsion du tronc avec un large bras de levier étant contre indiquées (dossier SUVA),
- un rapport SMR Rhône daté du 27 juillet 2007, signé du Dr J._____, rappelant un status invalidant à la suite de deux accidents des 14 novembre 2002 et 27 juillet 2004, notant une évolution très lente avec des séquelles importantes, à savoir douleurs à la mobilisation de la colonne vertébrale, troubles digestifs, dysfonction érectile,

atrophie musculaire et état dépressif réactionnel chronique, notant les diagnostics principaux de fracture D11 et troubles digestifs post-traumatiques, le diagnostic associé avec répercussion sur la capacité de travail d'état dépressif réactionnel, indiquant une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le 27 juillet 2004 et, comme l'a relevé le Dr C._____ dans son rapport du 4 mai 2005, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 4 mai 2005 avec les limitations ci-après: pauses régulières, positions alternées, port de charges limitées à 10kg, pas de travaux lourds, périmètre de marche limité, activités sans nuisance de bruit, poussière, intempéries, émanations, humidité, froid, chaud, activité tenant compte d'une résistance au stress diminuée; recommandant un suivi médical avec soutien psychologique (pce 38),

- une évaluation économique de l'invalidité datée du 15 août 2007 prenant comme base de comparaison, selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2004, le salaire 2004, d'une part, d'une activité en Suisse de transporteur routier de niveau de qualification 3 (connaissances spécialisées) de 5'197.- francs par mois pour 40h./sem. et de 5'456.85 par mois pour 42 h./sem. usuels dans la branche des transports et, d'autre part, le revenu 2004 d'activités de substitution simples et répétitives à 100% du secteur privé en général de 4'588.- francs pour 40 h./sem. et de 4'771.52 francs pour 41.6 h./sem. avec un abattement de 5% pour circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier portant le revenu à 4'532.94 francs, déterminant une perte de gain de $(5456.85 - 4532.94) : 5456.85 \times 100 = 16.93$ 17% dès le 4 mai 2005 faisant suite à une diminution de la capacité de gain de 100% dès le 27 juillet 2004 (pce 39),
- un rapport final SMR Rhône daté du 28 mars 2008 signé du Dr J._____, reprenant pour l'essentiel celui du 27 juillet 2007, notant nouvellement une restriction de port de charges de 15kg, relevant l'absence d'atteinte psychique justifiant une incapacité de travail et de traitement en cours (pce 47),
- une évaluation économique de l'invalidité datée du 22 avril 2008 prenant comme base de comparaison, selon l'ESS 2006, le salaire 2006, d'une part, d'une activité en Suisse de transporteur routier de niveau de qualification 3 (connaissances spécialisées) de 5'040.- francs par mois pour 40h./sem. et de 5'329.85 par mois pour 42.3 h./sem. usuels dans la branche des transports et, d'autre part, le revenu 2006 d'acti-

vités de substitution simples et répétitives à 100% dans le secteur privé en général de 4'732.- francs pour 40 h./sem. et de 4'933.11 francs pour 41.7 h./sem. avec un abattement de 5% pour circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier portant le revenu à 4'686.45 francs, déterminant une perte de gain de $([5329.85 - 4686.45] : 5329.85 \times 100 = 12.07)$ 12% dès le 4 mai 2005 faisant suite à une diminution de la capacité de gain de 100% dès le 27 juillet 2004 (pce 48),

- l'expertise (qui n'avait pas été prise en compte par l'OAIE) du Dr B._____, datée du 4 juillet 2008, faisant état des atteintes à la santé connues et des plaintes actuelles de dorsolombalgies à la marche et à la station debout prolongée, d'aggravation des douleurs et de la fonction du genou droit (après 200m de marche), de troubles digestifs avec irrégularité du transit, flatulences, selles liquides jusqu'à 5-6 fois par jour, constipation de 4 jours, douleurs abdominales à la respiration profonde, dysfonctionnement érectile, posant le diagnostic d'impotence fonctionnelle dorso-lombaire, de faiblesse de la ceinture abdominale, de trouble du transit, d'aggravation subjective au niveau du genou droit devant être considérée comme objective par l'incidence des autres atteintes, notant un état de santé stabilisé sans pronostic d'amélioration, indiquant une incapacité de travail de 100% dans l'activité de chauffeur et une capacité de travail de 50% dans une activité sans port de charge, sans position assise ou debout prolongée, limitant les déplacements, permettant de couper le rythme de travail et entraînant une moindre résistance à la fatigue, n'indiquant pas la nécessité d'une expertise psychiatrique complémentaire, retenant au final un taux d'incapacité permanente d'au moins 40% (pce 53),
- une décision sur opposition de la SUVA du 22 août 2008 confirmant une décision du 20 février 2008 et les conclusions du rapport d'expertise du CEMed des 19 avril et 11 et 12 juin 2007 ayant retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (dossier SUVA).

C.

Invité à se déterminer sur le dossier, en particulier compte tenu du rapport du Dr B._____, le Dr K._____, dans son rapport du 12 février 2009, rappela qu'il n'était pas contesté qu'en raison de gonarthroses consécutives à son premier accident [du 14 novembre 2002] et des suites du deuxième accident du 27 juillet 2004, suivi d'une longue hospitalisation, l'intéressé ne pouvait plus exercer son activité de chauffeur de poids lourds. Il releva que la SUVA avait requis une expertise pluridisciplinaire

dont il était ressorti des rapports des 19 avril et 11 et 12 juin 2007 que l'intéressé était en mesure d'exercer à plein temps une activité adaptée sur lesquels l'OAIE s'était fondé pour rejeter la demande de rente. Il indiqua que les griefs apportés à l'encontre de l'expertise d'avril/juin 2007 ne pouvaient de son avis être retenus, qu'en l'occurrence l'anamnèse de l'assuré était complète, qu'il avait été questionné et entendu, que les spécialistes s'étaient entièrement prononcés sur son cas sur les plans psychiatrique, gastroentérologique, orthopédique, interne et rhumatologique avec un complément radiologique, qu'en conséquence il n'y avait pas de motif de s'écarter de leurs conclusions. Il nota en substance que l'ensemble des atteintes à la santé étaient en rapport avec les accidents mais que l'expertise sous l'angle de l'assurance-accident pouvait être prise en compte pour l'assurance invalidité. Il indiqua que depuis l'expertise requise par la SUVA et le rapport du Dr B. _____ il s'était écoulé une année, mais que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas modifié et que le Dr B. _____ n'avait pas fait mention d'autres pathologies. Il nota que le Dr B. _____ n'avait pas justifié la limitation de la capacité de travail dans une activité adaptée à 60%, qu'en l'occurrence il y avait lieu de s'en tenir aux conclusions des experts (pce 60).

D.

A la suite de l'arrêt du 13 octobre 2010 du Tribunal de céans, l'OAIE invita en date du 17 décembre 2010 le Dr K. _____ à se prononcer sur le rapport d'expertise du Dr B. _____ et à indiquer la nouvelle documentation médicale complémentaire nécessaire pour se prononcer nouvellement sur la demande de prestation (pce 81). Le Dr K. _____ requit une documentation actualisée complète notant que le rapport d'expertise d'avril 2007 n'était plus actuel (pce 83).

Dans le cadre du complément d'instruction, l'OAIE porta au dossier les documents ci-après:

- une communication de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité belge du 20 janvier 2011 indiquant que l'intéressé avait été reconnu en incapacité selon la législation belge jusqu'au 31 juillet 2005 (pce 88),
- un rapport médical E 213, daté du 6 mai 2011, signé du Dr L. _____, rappelant les atteintes à la santé connues complétées en 2010 d'une ménisectomie gauche et droite, notant les plaintes actuelles de troubles digestifs et du transit (selles 5x/j., flatulences, maux de genoux en aggravation depuis 15 jours, impuissance, dorso-

lombalgies en cas de positions prolongées assises et debout, périmètre de marche limité à 500m., prise de poids, sommeil perturbé, indiquant un suivi médical 1 x tous les 2 mois avec médication, notant des périodes de chômage en Belgique depuis juillet 2008 et une période actuelle de chômage depuis le 3 août 2010, notant une activité actuelle indépendante et complémentaire d'aménagement et petits terrassements, indiquant un status pléthorique (172cm/84kg), un bon état mental, indiquant notamment au niveau du rachis pas de limitation du cervix, une scoliose à convexité gauche centrée sur D7, pas de contracture, un Lasègue d/g négatif, une distance doigts-sol de 16cm, notant des membres supérieurs sans particularité, des membres inférieurs sans amyotrophie, mais un accroupissement incomplet et un agenouillement impossible, indiquant un tonus et une force musculaire normale, une marche normale, retenant le diagnostic de gonalgies bilatérales, séquelles traumatiques et dorsolombalgies, troubles digestifs et érectiles, relevant un status bien stabilisé, des lésions ostéo-articulaires consolidées, l'apparition récente de gonalgies, indiquant la possibilité de travaux légers moyennant une adaptation des horaires de travail, la conduite de poids lourds n'étant plus possible, indiquant les restrictions de travail posté, de flexions répétées, de port et levage de charges, d'utilisation d'échelles et escaliers, de passage sur plans inclinés, indiquant la nécessité de postures de travail alternées, de stations debout et assis avec marche, de travail sans contrainte de temps, relevant la possibilité d'un travail adapté comme celui de conducteur de poids légers sur trajets courts avec poses adaptées, relevant un taux d'invalidité pour une activité adaptée de moins de 66% selon la législation du pays de résidence (pce 91),

- divers documents attestant de gonarthrose (rapports médicaux, IRM, radios, voir pces 94-106),
- un questionnaire à l'assuré daté du 19 juillet 2011 n'indiquant pas de reprise de travail depuis juillet 2004, une claudication de plus en plus importante et un périmètre de marche de 100m. (pce 112).

E.

Invité à se déterminer sur la nouvelle documentation médicale, le Dr K. _____, dans son rapport du 15 août 2011, rappela que selon le rapport d'expertise requis par la SUVA d'avril/juin 2007, suivi par l'OAIE, l'assuré ne pouvait plus exercer son ancienne activité de chauffeur de poids lourds, mais était en mesure d'exercer à plein temps une activité adaptée, et indiqua qu'il ne ressortait pas du rapport médical E 213 du 6 mai 2011

une modification déterminante de l'état de santé de l'assuré qui se plaignait de maux de dos et de genoux. Il releva des limitations à la flexion des genoux, mais une marche normale, et pas d'atrophie musculaire, ce qui était un indice d'une utilisation normale des jambes. Il confirma l'impossibilité pour l'assuré de reprendre son ancienne activité mais la possibilité d'exercer des activités légères adaptées permettant un changement de positions assis/debout. Il releva que l'intéressé avait un bon moral et que dès lors l'appréciation actuelle était superposable à celle de 2007. Il retint le diagnostic principal de lombalgie post fracture du D11 en 2004 dans le cadre d'un poly traumatisme, de gonalgies bilatérales avec importante gonarthrose, de status post opération du ménisque et arthroscopie induisant une incapacité de travail de 70% dans l'activité habituelle et des activités de substitution depuis le 27 juillet 2004 et de 0% dans des activités de substitution (aussi avec responsabilité) dès le 4 mai 2005 en positions assis/debout alternées avec ports occasionnels de charges limitées à 15kg (pce 118).

F.

Par projet de décision du 6 septembre 2011 l'OAIE informa l'assuré qu'il était ressorti de son dossier une incapacité de travail de 70% dans sa dernière activité, mais qu'en revanche il restait à même d'exercer à 100% des activités plus légères mieux adaptées à son état de santé, soit une activité en position alternée, sans port de charges de plus de 15kg, travaux lourds exclus, marche avec un périmètre limité comme par exemple ouvrier non qualifié / manœuvre dans une usine / fabrique, concierge / gardien d'immeuble / de chantier, surveillant de parking / musée, vente par correspondance, réparation de petits appareils / articles domestiques, enregistrement, classement, archivage, distribution du courrier interne, commissionnaire avec une perte de gain de 12%, taux d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit à une rente et qu'en conséquence la demande de rente devrait être rejetée (pce 119).

En date du 16 septembre 2011 l'intéressé, représenté par Me M. Labbé, requit de l'OAIE tous les éléments du dossier postérieurs à l'arrêt du Tribunal de céans du 13 octobre 2010 et émit toute réserve quant à l'instruction effectuée dans la cause depuis ledit arrêt (pce 121). L'OAIE transmet les documents requis en date du 19 septembre 2011 (pce 122).

Par acte du 13 octobre 2011 (voir recours article 6, pce non au dossier de l'OAIE mais réceptionnée et prise en compte [cf. pce 123]), l'intéressé réitéra les griefs de violation du droit d'être entendu, de constatation inexacte respectivement incomplète des faits et de violation du droit notamment

dans l'exercice du pouvoir d'appréciation. Il précisa que l'OAIE n'avait pas motivé son refus de rente comme précédemment dans sa décision du 20 août 2008, qu'en l'occurrence le taux de 12% n'était pas expliqué par une comparaison de revenus et que l'OAIE ne s'était pas prononcé quant aux manquements des avis médicaux. De plus il releva que le rapport médical détaillé en Belgique avait retenu nouvellement des gonalgies, la possibilité de travaux légers que moyennant une adaptation des horaires de travail, un trouble du transit perturbant le rythme des activités, et que si le travail pouvait être accompli à plein temps le taux d'invalidité retenu était de "moins 66%". Il indiqua que le résultat auquel était parvenu l'office ne reposait pas sur des constatations exactes de sorte que les griefs formulés auparavant pouvaient être repris entièrement.

G.

Par décision du 15 novembre 2011 l'OAIE, après examen des objections, rejeta la demande de prestations au motif d'un taux d'invalidité de 12% insuffisant à l'ouverture d'un droit à la rente. Il précisa que le rapport médical E 213 du Dr L. _____ du 6 mai 2011 avait été soumis à son service médical qui avait estimé que l'intéressé avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 4 mai 2005, ce qui revenait à exclure un droit aux prestations. Il indiqua que le retour d'un dossier à l'autorité inférieure n'excluait pas le prononcé d'une nouvelle décision identique à la précédente, confirmant ainsi celle-ci. Il nota que les réquisits de l'arrêt du Tribunal de céans avait été scrupuleusement respectés, que les manquements allégués des avis médicaux n'avaient aucun fondement, que les données du calcul de l'invalidité avaient été exposées dans la formule Evaluation de l'invalidité du 22 avril 2008 et qu'aucun changement du taux ne pouvait être envisageable. Il souligna que tous les éléments médicaux relevés dans sa contestation avaient été pris en compte et que son service médical avait conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 4 mai 2005. Enfin il nota que l'appréciation de l'invalidité ressortait au droit interne suisse et que d'éventuelles décisions prises par la sécurité sociale belge ne liaient pas les autorités suisses (pce 124).

H.

Contre cette décision, l'intéressé, représenté par Me Labbé, interjeta recours en date du 9 janvier 2012. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de l'affaire à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et à titre éventuel à l'annulation de la décision attaquée et à l'allocation d'une rente d'invalidité à dire de justice avec effet rétroactif également à dire de justi-

ce. Il fit valoir que le premier recours avait été admis pour violation grave du droit d'être entendu dont, outre la non-prise en compte d'un rapport médical annoncé, le grief de motivation sommaire et de non démonstration du calcul de la perte de gain. Il releva qu'en l'occurrence la décision attaquée pêchait pour les mêmes motifs. Il indiqua que les griefs sur le plan médical, énoncés dans le premier recours, n'avaient pas été discutés dans la décision attaquée. Par ailleurs il releva que les conclusions du rapport médical détaillé E 213 du 6 mai 2011 n'avaient pas été retenues, de sorte que les conclusions de l'office ne reposaient pas sur des constatations exactes. Il souligna que ses deux genoux étaient concernés par l'usure, qu'une arthroscopie du genou gauche avait été effectuée le 1^{er} mars 2010 et une résection arthroscopique du genou droit le 25 mai 2010, que ses lombalgies s'étaient aggravées progressivement, que ses troubles du transit intestinal étaient devenus de plus en plus douloureux. Il souligna continuer n'avoir pas connaissance des éléments du calcul de son taux d'invalidité de 12% lequel devait par ailleurs être établi sur des bases belges et non suisses. Au fond il indiqua que l'appréciation du Dr K. _____ était en contradiction avec le rapport E 213 du 6 mai 2011, qu'en l'occurrence le Dr K. _____ ne reprenait aucune limitation dans la capacité de travail alors que le rapport E 213 en avaient établies. Il indiqua que le Dr K. _____ ne se prononçait pas sur le taux d'invalidité de moins de 66% retenu par le rapport E 213 qui était pourtant élevé et à mettre en relation avec l'incapacité d'au moins 40% retenue par le Dr B. _____ qui n'envisageait qu'une activité à 50%. Enfin il releva que l'intimé n'avait pas pris en considération le rapport du Dr B. _____ alors que cette non prise en considération avait été à l'origine de l'annulation de la première décision (pce TAF 1).

I.

Par décision incidente du 13 janvier 2012 le Tribunal de céans requit du recourant une avance sur les frais de procédure de 300.- francs, montant dont il s'acquitta dans le délai imparti (pces TAF 2 et 4).

J.

Par réponse au recours du 24 mai 2012, l'OAIE conclut à son rejet et à la confirmation de la décision attaquée. Il fit valoir que suite à l'arrêt du Tribunal de céans du 13 octobre 2010 l'état de santé de l'assuré avait été réévalué par le biais du rapport E 213 du 6 mai 2011 et que selon la prise de position de son service médical du 15 août 2011, compte tenu de l'ensemble du dossier y compris le rapport du Dr B. _____ du 4 juillet 2008, l'état de santé de l'assuré n'avait pas évolué de manière à influencer sa capacité de travail résiduelle, de sorte que les constatations médicales

antérieure rendues lors de la première procédure d'instruction étaient ainsi maintenues. Il indiqua que le recourant était médicalement apte à exercer à plein temps des activités légères comme réparateur de petits appareils par exemple. Il releva que selon le rapport E 213 l'assuré exerçait une activité dans le domaine de l'aménagement et de petits terrassements. Il développa les modalités de calcul du taux d'invalidité de 12% qui avait été établi selon la pièce au dossier 48, calcul dont l'intéressé avait indiqué n'en avoir jamais eu connaissance (pce TAF 8).

K.

Par réplique du 3 août 2012 le recourant confirma entièrement son recours. Il souligna avoir pris connaissance pour la première fois du calcul du taux d'invalidité mais que les bases statistiques du calcul n'avaient pas été indiquées, d'où une violation toujours du droit d'être entendu, l'autorité n'ayant pas respecté son obligation de motivation. Sur le plan médical il releva que l'expertise effectuée en 2007 n'avait plus de valeur probante, que c'était à tort que le Dr K. _____ avait indiqué que son état de santé n'avait que peu évolué de façon déterminante et que c'était à tort qu'une pleine capacité de travail avait été retenue contrairement à l'indication contenue dans le rapport E 213 qui de plus mentionnait les troubles de transit intestinal comme ayant une répercussion sur la capacité de travail. Il souligna que le Dr B. _____ n'était pas son médecin traitant et que dès lors la jurisprudence y relative, consistant à prendre ses conclusions avec réserve, tombait à faux. De plus il indiqua que son rapport n'avait pas été pris en compte de manière sérieuse. Il releva que selon le Dr B. _____ sa capacité de travail était au maximum de 60%, ce qui était confirmé par l'appréciation du Dr E. _____, et que le rapport E 213 mentionnait un taux d'invalidité de plus de 60%. Enfin il rappela que la comparaison de revenus devait se faire selon des bases belges et indiqua à ce titre quelques chiffres. Pour le cas d'une application des bases statistiques suisses il revendiqua un abattement de 25% sur le revenu avec invalidité fondant dans tous les cas le droit à une rente (pce TAF 13).

Par duplique du 19 septembre 2012 l'OAIE maintint ses déterminations, aucun élément ne permettant de modifier sa prise de position (pce TAF 15). Le Tribunal de céans porta à la connaissance du recourant ladite duplique en date du 26 septembre 2012 (pce TAF 16).

Droit :

1.

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), l'autorité de recours, 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.

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. d^{bis} 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 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

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.

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et l'avance de frais ayant été fournie, le recours est recevable.

2.

L'objet du litige est le bien-fondé de la décision querellée qui rejette la demande de rente de l'assuré au motif d'un taux d'invalidité insuffisant. Le recourant conclut à l'annulation de la décision et à son renvoi pour complément d'instruction au sens des considérants et subsidiairement à l'octroi d'une rente avec effet rétroactif à dire de justice. De son côté l'autorité inférieure propose en revanche de confirmer la décision attaquée.

3.

3.1 Le requérant 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 1^{er} juin 2002 (ALCP, RS 0.142.112.681).

3.2 L'annexe II de l'ALCP qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale a été modifiée au 1^{er} 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 1^{er} 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).

3.3 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.

3.4 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.

4.

4.1 À titre préliminaire, le recourant se plaint d'une grave violation du droit d'être entendu. Il fait en particulier valoir que la décision attaquée n'explique pas comment la comparaison des revenus a été effectuée ni n'indique ses bases de calcul. Il expose en outre ne pas avoir eu connaissance du document contenant la comparaison des revenus. L'autorité inférieure n'aurait donc pas respecté son obligation de motiver sa décision.

4.2 De nature formelle, le droit d'être entendu est une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée sans égard aux chances de succès du recours sur le fond (ANDREAS AUER / GIORGIO MALINVERNI / MICHEL HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, volume II, Les droits fondamentaux, 3ème éd., Berne 2013, n. 1358; cf. également ATF 134 V 97). En effet, si l'autorité de recours constate la violation du droit d'être entendu, elle renvoie la cause à l'instance inférieure, qui devra entendre la personne concernée et adopter une nouvelle décision, quand bien même sur le fond celle-ci ne s'écartera pas de la solution qu'elle avait retenue lors de la décision annulée (cf. ATF 125 I 113 consid. 3).

Le droit d'être entendu, inscrit à l'art. 29 al. 2 Cst. comprend le droit de s'exprimer, le droit de consulter le dossier, le droit de faire administrer des preuves et de participer à l'administration de celles-ci, le droit d'obtenir une décision motivée et le droit de se faire représenter ou assister (ATF

137 IV 33 consid. 9.2, ATF 136 I 265 consid. 3.2 et réf. cit.; ATAF 2010/35 consid. 4.1.2). Le droit d'être entendu est consacré, en procédure administrative fédérale, par les art. 26 à 28 PA (droit de consulter les pièces), les art. 29 à 33 PA (droit d'être entendu stricto sensu) et l'art. 35 PA (droit d'obtenir une décision motivée) ainsi qu'en matière d'assurance sociale aux art. 42 LPGa (droit d'être entendu) et 52 al. 2 LPGa (motivation des décisions sur opposition). S'agissant plus particulièrement du devoir pour l'autorité de motiver sa décision, le but est que le destinataire puisse la comprendre, l'attaquer utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle (ATF 133 I 270 consid. 3.1, ATF 133 III 439 consid. 3.3; arrêt du Tribunal fédéral 1C_308/2010 du 20 décembre 2010 consid. 3.1.2, non publié aux ATF 137 IV 25; ATAF 2010/35 consid. 4.1.2). Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 135 III 670 consid. 3.3.1, ATF 134 I 83 consid. 4.1, ATF 133 III 439 consid. 3.3). Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuves et griefs invoqués par les parties. Elle peut au contraire se limiter à ceux qui peuvent être tenus comme pertinents. Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 136 I 229 consid. 5.2, ATF 136 I 184 consid. 2.2.1, ATF 135 V 65 consid. 2.6 et les arrêts cités ; ATAF 2010/35 consid. 4.1.2).

4.3 En l'espèce, l'autorité inférieure a transmis au représentant du recourant une copie du dossier par courrier du 23 septembre 2008 (pce 55). On peut supposer que les pces 39 et 40 (respectivement les évaluations de l'invalidité effectuées les 15 août 2007 et 22 avril 2008) étaient contenues dans cet envoi. L'affirmation du représentant du recourant selon laquelle il n'aurait pas pris connaissance de l'évaluation du 22 avril 2008 n'est donc pas correcte. Il convient en revanche d'admettre que la motivation de la décision attaquée du 15 novembre 2011 est relativement sommaire en ce qui concerne la comparaison des revenus. Cette motivation n'est toutefois pas inexistante, dans la mesure où elle se réfère explicitement à l'évaluation du 22 avril 2008. Il s'ensuit que même s'il y avait lieu d'admettre une violation du droit d'être entendu, on ne peut la qualifier de particulièrement grave à l'instar du recourant.

4.4 De plus, en dépit du caractère formel du droit d'être entendu, le Tribunal peut exceptionnellement renoncer au renvoi de la cause à l'administration lorsqu'il représenterait une vaine formalité et conduirait à des re-

tards inutiles qui ne seraient pas conciliables avec l'intérêt de la partie concernée à un examen diligent de son cas (cf. ATF 136 V 117 consid. 4.2.2.2; ATAF 2010/35 consid. 4.3.1). Dans le cas présent, dans sa réponse du 24 mai 2012, l'autorité inférieure a explicité la comparaison de revenus et le recourant a eu l'occasion de prendre position dans le cadre de la réplique. Il n'a donc pas subi de préjudice en relation avec la motivation sommaire de la décision attaquée du 15 novembre 2011. Au vu de ce qui précède, il ne se justifie pas d'annuler la décision attaquée pour cause de violation du droit d'être entendu.

Il reste donc à examiner si c'est à bon droit que l'autorité inférieure a refusé d'allouer des prestations AI au recourant.

5.

5.1 L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références). Le présent examen du droit à la rente est ainsi soumis, d'une part, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 à la teneur de la LAI selon la 4^{ème} révision entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004, vu le dépôt de la demande de rente du 26 juillet 2005 qui s'est soldée par l'arrêt du Tribunal de céans du 13 octobre 2010 ayant annulé la décision du 20 août 2008 et requis un complément d'instruction, et, d'autre part, à la teneur de la 5^{ème} révision de la LAI pour la période à compter du 1^{er} janvier 2008 jusqu'à la date de la décision dont est recours, soit le 15 novembre 2011 (ATF 130 V 445 et les références; voir ég. l'arrêt du Tribunal fédéral I 404/05 du 19 septembre 2006 consid. 3). Les dispositions citées ci-après sont sauf précision contraire celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 étant précisé que l'application du droit de la 5^{ème} révision de la LAI à compter du 1^{er} janvier 2008 ne modifie pas la notion d'invalidité, ni la manière d'évaluer le taux d'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_942/2009 du 15 mars 2010 consid. 3.1). En d'autres termes les dispositions applicables à compter du 1^{er} janvier 2008 ne seraient pas plus favorables au recourant que celles applicables jusqu'au 31 décembre 2007, ce qui motive l'énoncé dans le présent arrêt des seules dispositions de la 4^{ème} révision de la LAI.

Les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) ne sont en revanche pas applicables.

5.2 Le recourant a déposé sa demande de rente le 26 juillet 2005. En dérogation à l'art. 24 LPGa, l'ancien art. 48 al. 2 LAI prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Concrètement le Tribunal peut se limiter, en l'espèce, à examiner si le recourant avait droit à une rente au plus tard rétroactivement le 26 juillet 2004 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 15 novembre 2011, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 2.1 avec les réf.).

6.

Selon les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes lors du dépôt de la demande :

- être invalide au sens de la LPGa et de la LAI (art. 8 LPGa, 4, 28, 29 al. 1 LAI);
- compter une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI).

Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner s'il est invalide.

7.

7.1 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.

7.2 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 –

jusqu'au 31 mars 2012 - les rentes correspondant à un degré 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^{er} LAI).

7.3 Depuis l'entrée en vigueur des Accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants de l'Union européenne et les ressortissants suisses, qui présentent un degré 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 1^{er} juin 2002 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE.

7.4 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGa, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi 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 exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

7.5 Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'il a présenté en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; voir ATF 121 V 265 ss). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible affectant la capacité de gain dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 RAI), la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 22 consid. 2). Une atteinte labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références; arrêt du Tribunal fédéral I 342/05 du 27 juillet 2005).

7.6 Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI (cf. chiffre marginal 2016 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans sa version applicable au 31 décembre 2007; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

8.

8.1 Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, ATF 115 V consid. 2, ATF 114 V 314 consid. 3c, ATF 105 V 158 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

8.2 En l'espèce, l'intéressé a travaillé en dernier lieu comme chauffeur de poids lourds. Dans les rapports médicaux établis par les médecins consultés par le recourant et les médecins requis de se déterminer par la SUVA et l'OAIE, il est notamment fait état de dorsalgies, gonalgies, séquelles diverses post-traumatiques et d'atteintes d'ordre psychique d'intensité non clinique. Or, à défaut d'un état de santé stabilisé, la lettre a de l'art. 29 al. 1 LAI est inapplicable; seule peut entrer en considération la lettre b de cette disposition légale prévoyant une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail relevante pour la détermination du début du droit à la rente.

9.

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

Les services médicaux régionaux de l'AI, cas échéant le service médical de l'OAIE, évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (art. 49 al. 1 RAI). La valeur probante d'une prise de position du service médical de l'OAIE n'est pas altérée du

simple fait que le médecin de l'office AI n'a pas examiné personnellement l'assuré; l'art. 49 al. 2 RAI énonce expressément que les services médicaux procèdent au besoin eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_323/2009 consid. 4.3.1 et les réf.), ce qui signifie que l'examen s'effectue de base sur dossier et compte tenu de la documentation jugée complète par le service médical.

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

9.3 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 spécialisées à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa; 118 V 220 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 353 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 (cf. dans ce sens relativement aux expertises de parties: arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées).

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

9.5 Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 et les références). Même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme sur le principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 § 1 CEDH, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_159/2013 consid. 4.1 du 22 juillet 2013).

10.

L'ancien Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (arrêt du Tribunal fédéral I 564/02 du 13 janvier 2004 consid. 5 = Pratique VSI 2004 p. 188; cf. ATF 131 V 362 consid. 2.3). Le Tribunal fédéral a, pour sa part, admis la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité en jugeant que celle-ci n'était pas liée, dans la mesure d'une complète motivation fondant une divergence (ATF 126 V 288), par l'éva-

luation 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. GUSTAVO SCARTAZZINI / MARC HÜRZELER, *Bundessozialversicherungsrecht*, 4^{ème} éd. Bâle 2012, § 10 n° 39 ss) – n'a pas limité le champ d'investigation de l'expertise.

11.

11.1 Dans la présente cause il n'est pas contesté que l'intéressé n'a plus été en mesure d'exercer son ancienne activité de chauffeur de poids lourds impliquant des activités de chargements et déchargements de marchandises depuis son accident de voiture du 27 juillet 2004 en raison notamment de dorsalgies, gonalgies et d'impossibilité de ports de charges de plus de 15kg. Ce point étant non controversé il ne sera pas discuté. Seul est objet de discussion la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans des activités de substitution adaptées à son état de santé.

11.2 Le premier rapport médical déterminant est le rapport E 213 du 4 mai 2005 signé du Dr C._____. Celui-ci retient le diagnostic de fracture du D11 stable, de séquelles de pancréatite post-traumatique. Il relève les limitations de mobilité cervicale réduite de 50%, une faible tolérance à l'effort, une mobilité limitée du tronc. Positivement il retient des membres supérieurs et inférieurs normaux, une marche normale, une force et un tonus musculaire normaux. Le rapport relève une évolution lentement favorable et des plaintes encore explicables par les pathologies évoquées ayant entraîné une grave altération de l'état général actuellement récupéré. Ce rapport retient une capacité de travail complète dans une activité légère adaptée de type sédentaire sans port de charges et sollicitation du

tronc. En référence à la législation belge le Dr C. _____ énonce un taux d'invalidité supérieur à 66% pour toute activité de substitution. Cette référence à la législation belge n'a qu'une valeur informative car seul le droit suisse est applicable. Est déterminante dans ce rapport l'indication selon laquelle l'intéressé peut exercer une activité à plein temps légère adaptée.

11.3 Le deuxième rapport médical déterminant est celui effectué par le CEMed de Nyon daté des 19 avril et 11 et 12 juin 2007. Ce rapport, relevant les plaintes de l'assuré de douleurs dorsales et de troubles gastriques interférant sur l'activité quotidienne, indique un bon status général sous réserve d'une obésité tronculaire, pas d'atteintes déterminantes au niveau du rachis et des membres supérieurs et inférieurs, une marche normale, un status mental sans trouble décelé dans le sens clinique. Il retient pour l'assuré une capacité de travail complète sans interruption dans le temps, sans diminution de rendement dans une activité adaptée avec notamment une limitation des charges répétées à 15kg, l'alternance possible des positions, sans accroupissements ni positions en antépulsion du tronc avec un large bras de levier. La SUVA s'est fondée sur ce rapport pour reconnaître à l'intéressé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée par décision sur opposition du 22 août 2008 contre laquelle l'intéressé n'a d'ailleurs par recours. Il sied également de relever (art. 40 du règlement (CEE) n° 574/72; cf. supra consid. 3.4), que l'assuré a été reconnu en incapacité selon la législation belge jusqu'au 31 juillet 2005 (cf. pce 88 datée du 20 janvier 2011).

11.4 Le troisième rapport médical déterminant est celui du Dr B. _____ du 4 juillet 2008 qui fait état notamment de dorsolombalgies à la marche et à la station debout prolongée, de gonalgies après 200m. de marche et de troubles du transit perturbant le rythme de travail. Ce rapport retient une capacité de travail de 50% dans une activité sans port de charge, sans position assise ou debout prolongée, limitant les déplacements, permettant de couper le rythme de travail, entraînant une moindre résistance à la fatigue. Ce rapport retient au final un taux d'incapacité permanente d'au moins 40%. Sur le plan somatique les constatations du Dr B. _____ sont analogues à celles des précédents rapports médicaux. Le Dr B. _____ ne justifie cependant pas son appréciation de la limitation de la capacité de travail dans une activité adaptée légère de type sédentaire permettant les changements de position. L'indication de mictions 5x/j. n'est pas de nature à empêcher un travail à plein temps. Comme l'a relevé l'assuré le Dr B. _____ n'est pas son médecin traitant, mais il sied néanmoins de relever que le Dr B. _____ a été mandaté par l'assuré

pour se déterminer sur son cas et dans ces circonstances il peut être retenu qu'un médecin, tout en restant dans le cadre de son art, puisse émettre une appréciation favorable à son patient (cf. le consid. 8.3 supra). Or en l'espèce faute d'éléments objectifs justifiant la limitation de la capacité de travail dans des activités adaptées, l'appréciation du Dr B. _____ ne peut primer celle des experts du CEMed de Nyon. A noter d'ailleurs que l'assuré n'a pas contesté la décision sur opposition de la SUVA du 22 août 2008, fondée sur l'expertise du CEMed de Nyon d'avril/juin 2007, ayant suivi de quelque un mois et demi le rapport médical du Dr B. _____.

11.5 Le quatrième rapport médical déterminant est le rapport E 213 du 6 mai 2011 signé du Dr L. _____. Outre de rappeler les atteintes à la santé précédemment énoncées, ce rapport indiqua deux interventions chirurgicales aux genoux en 2010 et un périmètre de marche (amélioré) de 500m. Il mentionna aussi des périodes de chômage en Belgique depuis juillet 2008 et une période en cours depuis le 3 août 2010 avec une activité indépendante et complémentaire d'aménagements et petits terrassements (périodes de chômage et activités non signalées dans le questionnaire à l'assuré daté du 19 juillet 2011). Sur le plan somatique, outre les atteintes connues, le rapport releva notamment que les membres inférieurs ne présentaient pas d'amyotrophie, que l'accroupissement était imparfait et l'agenouillement impossible, que la marche était normale. Le diagnostic retenu relevant dans la présente cause fut celui de gonalgies bilatérales, séquelles traumatiques et dorsolombalgies, troubles digestifs. Le rapport indiqua la possibilité de travaux légers moyennant une adaptation des horaires de travail avec les limitations précédemment énoncées et indiqua un taux d'invalidité de moins de 66% selon la législation du pays de résidence. La référence du taux d'invalidité selon le pays de résidence est une donnée informative ne liant pas l'OAIE, dans cette appréciation seul s'applique le droit suisse. Or, des informations figurant au rapport E 213, une capacité de travail entière dans une activité adaptée, tenant compte des restrictions fonctionnelles énoncées dans les divers rapports médicaux précédents, peut être retenue.

11.6 A l'instar du Dr K. _____ le Tribunal de céans relève que le rapport E 213 du 6 mai 2011 ne diffère pas fondamentalement du rapport d'expertise d'avril/juin 2007 du CEMed de Nyon et qu'il y a lieu de retenir le diagnostic quasi inchangé de lombalgies post fracture du D11 en 2004 dans le cadre d'un poly traumatisme, de gonalgies, bilatérales avec importantes gonarthrose, de status post opération en 2010 du ménisque et arthroscopie induisant une incapacité de travail de 70% dans l'activité ha-

bituelle et des activités de substitution depuis le 27 juillet 2004 et de 0% dans des activités de substitution (aussi avec responsabilité) dès le 4 mai 2005 en positions assise/debout alternées avec ports occasionnels de charges limitées à 15kg. Les troubles du transit invoqués par l'assuré pour fonder une activité à temps partiel ne sont pas d'une intensité telle qu'ils ne permettent pas une activité à plein temps. Des mictions 5x/j. restent dans le raisonnable sans que cela influe sur l'efficience des activités fournies en cours de journée.

12.

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

12.2 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). La comparaison des revenus doit se faire sur le même marché du travail car les salaires et les coûts de la vie ne sont pas les mêmes entre deux pays et ne permettent pas une comparaison objective (ATF 110 V 273 consid. 4b). Pour cette raison on ne peut pas prendre en considération les données belges, qui du reste ne sont pas connues.

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

à défaut de salaire de référence, au salaire théorique qu'il aurait pu obtenir selon les salaires théoriques statistiques disponibles de l'ESS.

13.

13.1 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 2004 indexé 2005 vu que le droit à la rente pourrait cas échéant s'ouvrir rétroactivement au 1^{er} juillet 2005 vu le dépôt de la demande du 26 juillet 2005 et le cas d'assurance survenu le 27 juillet 2004. 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).

13.2 Le salaire annuel de l'assurée dans sa dernière activité du secteur des transports terrestres avec des connaissances spécialisées (niveau de qualification 3) aurait été en 2004 comme l'a établi l'OAIE le 15 août 2007 de 5'197.- francs par mois pour 40 h./sem. et de 5'456.85 par mois pour 42 h./sem. usuels dans la branche des transports terrestres (cf. pce 39 et supra p. 6). Indexé 2005 (+0.4%) ce montant se serait élevé à 5'478.67 francs.

13.3 Le salaire après invalidité doit être fixé sur la base des données statistiques résultant de l'ESS 2004 (table TA1) indexé 2005. 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 4'588.- francs pour 40 h./sem. et 4'782.99.- francs pour 41.7 h./sem. en 2004 sous déduction de 5% pour tenir compte de l'âge de l'assuré né en 1961 et de ses restrictions personnelles aux activités légères sédentaires avec changements de positions sans manipulation et port de charges de plus de 15kg, soit 4'543.84 francs valeur 2004 et 4'589.27 francs par mois (+ 1%) valeur 2005. De nombreuses activités d'entre elles peuvent être exercées en position assise et debout alternées autorisant le changement fréquent de position, sans port et manipulation de charges de plus de 15kg, sans provoquer des sollicitations répétées du rachis, de sorte que ces activités sont adaptées à la situation du recourant. De plus, la majeure partie de ces postes ne nécessite pas de formation particulière autre qu'une mise au courant initiale. Par ailleurs l'abattement de 5% appliqué par l'OAIE est correct car dans le type d'activités précitées l'assuré pourra travailler sans problème avec ses membres supérieurs.

13.4 En comparant le salaire avant invalidité de 5'478.67.- francs par mois avec celui après invalidité de 4'589.27 francs, on obtient une perte de gain de 16.23% ($[5'478.67 - 4'589.27] : 5'478.67 \times 100$) arrondie à 16%. Ce taux n'ouvre pas le droit à un quart de rente. Mêmes indexés valeurs 2011 les montants précités n'ouvrent pas le droit à une rente d'invalidité.

Vu le dépôt de la demande de rente le 26 juillet 2005, le cas d'assurance du 27 juillet 2004 et l'arrêt du Tribunal de céans du 13 octobre 2010 ayant annulé la décision du 20 août 2008, les bases de calcul retenues le 15 août 2007, hormis l'indexation 2005 manquante, étaient correctes; les bases de calcul retenues le 22 avril 2008 prenant en compte l'ESS 2006 (pce 48) ne sont en revanche pas correctes.

Vu ce qui précède le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

14.

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

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

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure de 300 francs sont mis à la charge du recourant et sont compensés avec l'avance de frais de même montant déjà fournie.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. _ ; recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (recommandé)

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Pascal Montavon

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :